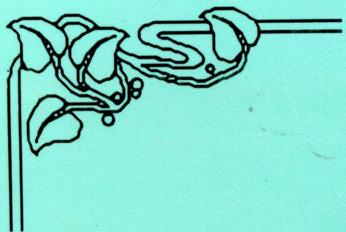
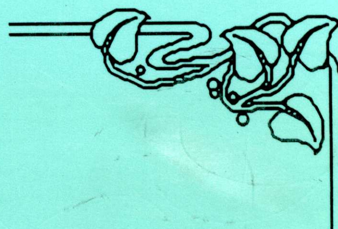



مرور مراقبتهای صحی اولیه

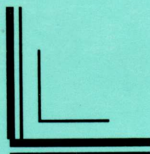
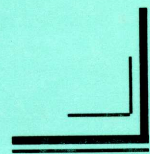
(رهنمود ومیتودها)

PRIMARY HEALTH CARE REVIEWS

توسط : ال - بندری - حماد
د- ل سمیت



جنیوا

محتوی | صفحه

مقدمه

تعهدات یك مملکت برعلاوهء تطبیق مراقبت های صحی اولیه، برای اتباع آن مسؤولیت وارسی و تطبیق آنرا نیز در قبال دارد. یك تعداد زیاد متودها برای این وارسی استفاده شده می تواند. این متودها شامل ارزیابی اسناد موجوده، مطالعات خاص واقعات و سروی ها میباشد. درین نشریه، از ترکیب چندین روش یك تمرین واحد بوجود آمده که هدف آن ارایه یك تحلیل جامع از پروگرام های مراقبت های صحی اولیه میباشد. یك تعداد کثیر ارقام از سیستم اطلاعات صحی جمع آوری شده و برای یك مرور سیستماتیك بطور منظم قابل دستیاب باید باشد. اما لاکن سیستم حمایتی اطلاعات صحی برای منجمت سکتور صحت تاحال بصورت کامل در یك تعداد زیاد ممالك فعال نمی باشد. ولی در جاهای که موجود هم است اکثراً استفاده ناکافی صورت گرفته است. فلهذا این منول شامل رهنمود های برای پیشبرد مرور پروگرام PHC بوده که نه تنها به استناد تحلیل اطلاعات صحی موجوده بلکه توسط یك سیستم مکمله جمع آوری اطلاعات مثلاً سروی های صحی اجتماعی در نفوس صورت می گیرد.

منظور از مرور مراقبتهای صحی اولیه معاوضه سیستم اطلاعات صحی نبوده بلکه در عوض آنرا تشویق نموده و آنرا اطلاعات صحی را انکشاف میدهد.

مرور مراقبت های اولیه نه تنها برای ممالك که دارای پالیسی ملی واضح PHC بوده بلکه برای ممالك که هنوز هم در جهت انکشاف چنین یك پالیسی وسعی و تلاش می ورزندضرور و حتمی میباشد سامان صحی جان ممالك عضو را در مرور PHC ومطالعات بعدی آن کمك و مساعدتمینماید. همکاری بین المللی نیز درین مورد جلب شده به ترتیب که از همکاری های ممالك استفاده اعظمی خواهد شد.نشریه حاضر به صفت یك رهنمود جهت پیشبرد مرور PHC بوده و مطابق به نیازمندی های ممالك تعدیل شده می تواند هدف عمدهء همانا بدست آوری معلومات است که خود ممالك به آن نیازمند بوده و ضرورت به معیاری ساختن دیزاین آن به سویه بین المللی ندارد.

ازینرو بالای مرحله پلان گذاری آن توجه بیشتر معطوف می شود. هر مطلب که از این مرور استنتاج می شود باید بالای اساس شواهد عینی و معلومات مؤثق استناده نماید. بنابراین این نشریه شامل معلومات بوده که امکان جمع آوری موجود بوده و در آینده بالای ارقام آن پلان گذاری شده بتواند. برای سهولت درین کار نمونهء پرسشنامه ها نیز تحت بحث و آزمایش قرار گرفته است.

درین جاه قویاً سفارش می شود که توصیه های این کتاب به دقت هرچه بیشتر مرور شده و توسط مقامات در تطبیق آن به شرایط مملکتی تعدیل بعمل آید.

فعالیت‌های‌عمده:

در مرور مراقبت های صحی اولیه، در قدم اول یك بررسی پالیسی صحی ملی شامل بوده و در عین حال استراتیژی های تحت الاجرا نیز تحلیل می گردد. علاوتاً بازدید های ساحوی درین جاه نیز در نظر گرفته شده تا نحوه و عمق تطبیق این استراتیژی ها تحت مطالعه قرار داده شود. **این مرور مراقبت‌های صحی اولیه شامل چهار فعالیت عمده میباشد:**

* دستیابی مجدد و مرور ارقام و معلومات صحی موجود.
* جمع آوری ارقام جدید.
* تحلیل کلیه ارقام جمع آوری شده.
* تدویر مجلس به اشتراك مقامات صالحه درمورد بحث درباره نتایج مرور و طرح یك پلان عملیاتی جدید.

جوانب‌مختلفه: که در مرور م **ص ا** تحت مطالعه قرار بگیرد:

۱- جوانب‌صحی: جوانب صحی شامل ارزیابی های مصارفات پروسس دست آوردهای پروگرام های صحی میباشد. درین ارزیابی از معیارات کارآیی و فعالیت های صحی به ارتباط افراد و پروگرام های صحی استفاده می شود.

م ص ۱ = اختصار مراقبت هایصحی اولیه میباشد

۲-جوانب اجتماعی: در ین بخش درجه اشتراك مساعی جمعیت مورد بحث قرار گرفته میشود تا دیده شود که نفوذ مردم در جمعیت تا چه اندازه در تأمین صحت و افزایش سویه صحت به صورت بهتر موثر بوده می تواند.

۳-جوانب بین سکتوری: در ین قسمت ارزیابی سهم سکتورهای دیگر در تأمین و ارتقای صحت مردم مورد بحث قرار می گیرد. مثلاً تأثیرات پروژه های زراعتی و غیره چطور بالای صحت و شیوع امراض تأثیر مثبت و یا منفی از خود بجای می گذارد. بنابران مطالعه تأثیرات و روابط بین سکتوری خیلی مهم بوده تا تاثیرات مضره بعضی از پروژه ها (مثلاً زراعتی) را به حداقل طاهش داده و در صورت امکان بکلی از بین برده شود. بر عکس باید تأثیرات بالمقابل (برعکس) پروگرام های صحی بالای پروژه های انکشافی اجتماعی و اقتصادی نیز تحت مطالعه قرار بگیرد.

در عدهء از ممالك مرور مراقبت های صحی اولیه از نگاه بررسی درجه پیشرفت پروگرام های صحی اختصاصی با در نظر داشت جوانب اجتماعی آن صورت گرفته در حالیکه بعضی دیگر تر جیح میدهند که مراقبت های صحی اولیه به ارتباط حوریت بین سکتوری ارزیابی نمایند تا اینکه کلیه فعالیت ها منسجم شده و در موفقیت مراقبت های صحی اولیه مؤثر یت آن تضمین شده بتواند.

اهداف مرور:

سویه درجه تفصیل هر و مرور ابعاد مختلفه مراقبت های صحی اولیه متعلق درجه انکشاف سیستم مراقبت های صحی اولیه در مملکت میباشد.

هدف عمده همانا شناسایی نکات ضعیف و قوی پروگرام های عملی به غرض تنظیم مجدد اولولیت ها و ارایه سفارشات خصوصی جهت بهتر سازی فعالیت های آینده میباشد.

لاکن حتی بدون تحلیل نهایی هر یك از ابعاد ،درجریان مرور مراقبت های صحی اولیه باید قادر شویم تا ساحات را که ایجاب ارزیابی را مینماید، شناسایی نماهیم. زیرا هدف اساسی مرور در آنست تا مقامات ذیصلاح صحی ملی قادر شوند پالیسی های خود را طرح و استراتیژی هایی سالم را در جهت تطبیق بهتر مراقبت های صحی اولیه در ساحه عمل پیاده کنند. باین حساب این مرور مراقبت های صحی اولیه به صفت یك وسیله ای تعین درجه ایجاد تغیرات بکار برده می شود، نه منحیث یك تمرین اکادیمیك بخاطر جمع آوری ارقام.

در یك تعداد زیاد ممالك این مرور توسط یك تیم متشکل از اعضای پر مسؤولیت وزارت صحت عامه، وزارت های سکتوری از قبیل زراعت معارف وغیره صورت می گیرد. علاوتاً نماینده گان سازمان های بین المللی و اعضایی دول متحا بهء کمك دهنده نیز در کمسیون مرورشامل شده می توانند.

فوایداین‌مرور:

مرور از بساجهات نظر مفید بوده می تواند:

* این مرور زمینه را جهت جمع آوری ارقام فراهم میسازد تا تحلیل شود باین ترتیب در تقویه سیستم امراض سرویلانس کمك شایان توجه نمود می تواند.

* برای افرادکه در تصمیم گیری ها مسؤولیت ها دارند این فرصت را بدست رس می گذارد تا مستقیماً به اوضاع صحی ملی مواجه شده و از همه پرابلم های آن خود را مطلع بسازند.

* همچنان در بین پرسونل صحی در سویه های مختلفه تفاهم ایجاد نموده تا در بین خود تبادل افکار نموده و از تجارب یکدیگر مستفید شوند.

* به سکتور های مرتبط به صحت این چانس میسر می گردد که بالای رول خود در مورد ارتقای صحت و سلامت مردم یك نظر ثانی انداخته و در بهبود آن سعی نمایند.

* مرورهای مراقبت های صحی اولیه زمینه را بغرض همکاری های تخنیکی بین مقامات صحی ملی و سازمان های صحی بین المللی میسر میسازد، تا از تجارب و دانش یکدیگر استفاده نموده و باهم در مورد ارتقای صحت و سلامت مردم همکاری نمایند ودرعین حال جلوگیري بعمل بیاید.

* نهایتاً در مرور مراقبت های صحی اولیه بین لیدر و پرسونل صحی در سویه هاي مختلفه عرضه خدمات صحی تماس ومفاهمه حاصل شده که به صفت یك عامل قوی در ایجاد تغییرات تشکیلاتی ووظیفوی شناختته خواهد شد.

بخش اول

کتاب رهنمود طرزالعمل

مقدمه

از نگاه منطقی مرور مراقبت های صحی اولیه در سه صفحه ای: پلان گذاری، جمع آوری و ترکیب (Synthesis) تقسیم یافته است. البته ارکان هر یك آن ذیلاً تحت بحث قرار می گیرد:

اگر چه بخش اعظم مرور مراقبت های صحی اولیه شامل یك دوره ۳ - ٤ هفته ای است که درآن یك تیم مسؤول مساعی همه جانبه و جامع را بخرچ میدهد تا ارقام مورد نیاز از ساحه جمع آوری گردد. البته مجموع فعالیت های مرور تقریباً ۳ - ٦ ماه را در بر می گیرد. در مورد مسایل از قبیل سازمان دهی، پلان گذاری، تهیه و تدارکات و انسجام درپیش برد مرور مراقبت های صحی اولیه باید توجه جدی مبذول گردد. طوریکه تجربه ثابت ساخته فایده ای متصوره از مرور مستقیماً متناسب به کاملیت و همه جانبه بودن فعالیت های پلان گذاری شده میباشد که قبل از اجرای مرور باید پیش برده شود.

۱ - طرز العمل پلان گذاری

طوریکه مبرهن است پلان گذاری مهم ترین مرحله ای مروربوده زیرا درین مرحله است که تیم به تعیین کیفیت کاریکه که منتج به ارایه سفارشات مرور میشود ، قادر میگرد. این موضوع متعاقباً سبب تغییر در پالیسی و استراتیژی می گردد. بنابرین پلان گذاری مرورباید هم از نگاه اداری و هم از نگاه تخنیکی پیش برده شود. این موضوع ذیلاً مورد بحث قرار گرفته شده است:

پلان‌گذاری‌اداری:

اتخاذ تصمیم در مورد اجرای مرور مراقبت های صحی اولیه: از مطالعه اسنادمرور های قبلی چنین فهمیده میشود که این ها خیلی مفید بوده و زمینه را برای مسایل ذیل مهیا میسازد:

* اندازه گیری درجه پیشرفت درتطبیق مراقبت های صحی اولیه از نگاه دسترسی به اهداف، سطح پوشش و تاثیرات خدمات صحی بالای صحت مردم.
* شناسايي موانع در برابر پیشرفت کار.
* شناسایی وسعت پیشرفت هر يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه.
* تائید ارقام موجوده صحی در مورد تطبیق مراقبت هاي صحی اولیه.
* جمع آوری ارقام (غیر از ارقام روتین) مخصوصاً از نگاه تطبیق پروگرام های صحی مختلفه.
* فراهم آوری زمینه برای مقامات ذیصلاح عالی رتبه تا از ساحه کار ویزیت بعمل آورده و خود را از موجودیت پرابلم ها مطلع بسازند و درباره پالیسی صحی با پرسونل صحی مذاکره بعمل بیاورند.
* ایجاد زمینهٔ مساعد برای اشتراك مساعی مقامات بلند سویه صحی مملکتی تا ازین ارقام جمع آوری شده استفاده مطلوب نموده وپلان های بعدی را به اساس آن طرح و بنیاد گذاری کنند.

اتخاذ تصامیم جهت اجرای مرور باید در سویه بالاترین سیستم صحت عامه روی دست گرفته شود مثلاً وزیر صحت عامه ویا رئیس امور صحی این مقامات به همکاری مسؤولین عالی رتبه سازمان های بین المللی باید مسایل و قضایای کلیدی که باید در جریان مرور تحت غور قرار بگیر.د باید شناسایی نمایند. علاوتاً بالای نوع معلومات که ایشان توقع جمع آوری آنرا دارند و از آن در مرور استفاده می کنند، تصمیم اتخاذ بدارند.

پیشبرد مرور مراقبت هاي صحی اولیه نه تنها از نگاه مصارف بلکه از نظر استخدام یك تعداد زیادی کارگران صحی متعلق پروگرامهای دیگر صحی در اجرای مرور کار خیلی قیمت و گرانبها میباشد. فلهذا مرور باید در اوقات و دوره های معین زمانی با اهداف واضح روی دست گرفته شود. مقامات صحی ملی باید اوقات مناسب را باید مشخص بسازند تا مرور مراقبت های صحی اولیه روی دست گرفته شود. هرگاه مقصد از اجرای مرور، مطالعه یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه باشد درینصورت منابع و قواي بشري محدود تری بکار می باشد اما اکثراً سعی گردد تا کلیه ارکان مراقبت های صحی شامل پروسه مرور ساخته شود.

محولسازی مسؤولیت مرور:

بغرض افزایش تأثیرات و ارزش مرور مراقبت های صحی اولیه باید کلیه وظایف و فعالیت ها واضحاً بیك تیم مسؤول پیش برد ،مرور محول ساخته میشود. این تیم از نمایندگان وزارت خانه های سکتوری مرکب شده می تواند. در رأس تیم یك نفر به صفت تیم لیدر انتصاب شده و کمیتهء رهبری ملی (Steering) و کمیته تخنیکی نیز در پهلوی آن تشکیل خواهد شد.

دربسا واقعات، انتظام امور و انسجام فعالیت های مرور تیم لیدر بوده که نامبرده معمولاً یك آمر ارشد وزارت صحت عامه در امور مراقبت های صحی اولیه می باشد مسؤولیت و صلاحیت تیم لیدر باید در بدو مرحله واضح بوده و نامبرده از تمام مسؤولیت های اضافی قبلی خود باید سبکدوش ساخته شود.

در عین حال تیم لیدر باید دارای مسؤولیت ها و صلاحیت هاي اداری کافی بشمول سهولت هاي دفتری از قبیل کاتب، سکرتر آمر اداری وغیره بوده و کمیته رهبری مسؤول رهبری و نظارت جریان مرور میباشد. در بعضی ممالك که در سویه ملی یا منطقوی کمیته انسجام مراقبت های صحی اولیه موجود میباشد این کمیته مسؤولیت **رهبری‌مرور** را نیز به عهده می گیرد. این کار ازاین باعث مهم است که کمیته فوق تجارب کافی در تنظیم انسجام امور بین سکتوری حاصل نموده میباشد. در غیر آن **کمیته رهبری** باید متشکل از افراد تصمیم گیر از سکتور های مختلفه که نمایندگی از سویه هاي مختلفه عرضه خدمات صحی نموده بتوانند، باشد. این کمیته برنامه کار و امور مختلفه مرور را انتظام بخشیده اعضای کیمته تخنیکی را انتخاب نموده، مسایل بودجوي را ترتیب داده و کمیته تخنیکی را وقتاً فوقتاً رهبری می نماید.

به کمیته تخنیکي مسؤولیت جمع آوري معلومات، طرح و اجرای سروی و تحلیل ارقام حاصله ساحوی محول ساخته می شود. به اضافهء آن، این کمیته مطالعات تحقیقاتی را به شمول طرح پالیسی و تحلیل منابع مختلفه سرپرستی و نظارت مینماید. این همه کارهای مهم باید قبل از آغاز کار ساحوی باید به مرحله اکمال رسیده باشد.

جدول اول - ترکیب ووظایف تیم مرور :

افراد	وظایف
رهبرتیم باید یك نفر متجرب وسابقه دار وزارت صحت عامه بوده وبصورت دایمی استخدام گردد.	
ترکیب کمیته رهبری افراد تصمیم گیر از سکتورهای مختلفه و نمایندگان سازمان های صحی از سویه های مختلفه به شمول مردم جمعیت.	**وضایف** رهبری مجموعی در اجرای - تعین برنامه کار - انتخاب کمیته تخنیکی - انتخاب اعضای کار - ترتیب امور بودجوی - رهبری وقتاً فوقتاً کار
ترکیب کمیته رهبری مامورین عالی رتبه وزارت صحت عامه و وزارت های دیگر سکتوری و نمایندگان سازمان های بین المللی.	- جمع آوری ارقام موجود - طرح و ترتیب سروی - تطبیق سروی در ساحه - تحلیل ارقام ساحوی - تسوید راپور ابتدایی

تشکیل تیم مرور:

یکی از وظایف ابتدایی اداری عبارت از تعیین اعضای تیم مرور میباشد این تیم بقدر کافی کلان باشد تا از امور مختلف تخنیکی و اداری نظارت بعمل اورده و کلیه فعالیت های دفتری و ساحوی را رهبری و سرپرستی نموده میتواند. اما انقدر بزرگ هم نباشد که مسؤولیت های راپوردهی کار بس مغلق و دور از گنجایش وحیطه کارکمیته ها گردد.

این تیم متشکل از پرسونل مختلفه پروگرام های صحی و سایر سکتورها بوده و در عین حال در میان تعداد

از پالیسي سازها، اداره چی ها، متخصصین مسلکی وعرضه کننده گان خدمات صحی در سویه های مختلفه شامل ویك توازن معقول باید در میان باشد. اعضای کمیته از کتگوری های زیر باید انتخاب شود:

*** از سویه مرکزی:**
- پلان گزارها - و پالیسی سازها.
- مدیران پروگرام ها.
- اداره چیان.
- متخصصین اقتصاد.
- اپیدیمیالوجیست.
- متخصصین تعلیم و تربیه.

*** از سویه ولایتی:**
- آمرین پروگرام های طبی.
- آمرین پروگرام های صحی.

*** سایر سکتورها:** وزارت خانه و سازمان های مرتبط به صحت مانند زراعت، تعلیم و تربیه، پلان گذاری، انکشاف جمعیت مخابرات منابع آب وغیره.

*** سازمان های غیر دولتی ملی:** احزاب سیاسی، انجمن های مسلکی، گروه های رضاکار، صلیب احمر بین المللی، پوهنتون و مؤسسات تعلیمات طبی عالی.

*** سازمان های کمك دهنده و سازمان های صحی بین المللی.**

یکی از فکتورهای که در موفقیت مرور های قبلی سهم بارز داشته همانا اشتراك و همکاری اعضای پروگرام های مختلف النوع در پروسه مرور در داخل تیم مرور بوده مخصوصاً اگردر دعوت به اشتراك شوند خیلی مفید ثابت خواهد شد. اشتراك اعضای بالقوه، شامل نمایندگان سایر وزارت خانه های که فعالیت های ایشان بالای صحت تأثیر می اندازد نقش متبارز بالای مراقبت هاي صحی خواهد داشت.اشتراك مساعی ایشان متضمن کاملیت و جامعیت پروسه مرور مي باشد که تعهدات ایشان را درین مورد بیشتر از پیشتر جلب می نماید. گروه های فوق از همه بیشتر مطلع ساخته شده و اهداف، طرز العمل و وسعت مرور به اطلاع ایشان رسانیده می شود. بهترین نحوه کار در آن است که ساحه کار و نوعیت مصروفیت هریك از اعضای تیم مرور را بیرون نویس نموده تا هر يك آن در پیش برد وظایف محوله خود طوریکه لازم است متعهد شده و از بروز پرابلم ها جلوگیری بعمل آید.

از نقطه آغاز کار آمرین ارشد پروگرامهاي مختلفه در مراقبت های صحی اولیه در طول جریان کار از مرحله دیزاین الي اجرای سروی تحلیل ارقام تا نهایت امر یعنی ارایه راپور نهایی همه مطلع و آگاه نگهداشته شوند. اگر همه این امور به اعضای جوان و کم تجربه واگذار ساخته شود یك بخش عمده ارزش مراقبت های صحی اولیه ماهیت خود را از دست خواهد داد. اعضای شامل مرور باید از اهمیت تعهدات خود اگاه بوده و مسؤولیت های خود را در قبال تکمیل پروژه در وقت معینه آن درك نمایند.

تنظیم تقسیم اوقات:

بنابر طبیعت همکاری که در مرور موجود است باید برنامه کار هرچه بیشتر بصورت ثابت ترتیب و انتظام بیابد. پلان های سفر و ترتیبات بود وباش شبانه باید قبلاً مرتب ساخته شود، تهیه و تدارکات وغیره بصورت قبلی رویدست گرفته شده تا لوجستك در وقت معینه آن بدست رس تیم مرور قرار گرفته بتواند. در

تعین اوقات کار حقایق زیر در نظر گرفته شود:

* تهیه وجمع آوری معلومات موجود و تهیه و ترتیب جهت اجرای سروی ها شاید ضرورت به آمادگی های چند ماهه را در پیش داشته باشد. مخصوصاً اگر مطالعات تحقیقاتي بیشتر مورد نیاز باشد.
* اجرای کار های ساحوی در جریان ماهای زمستان و یا موسم بارانی ویا در موسم خرمن برداری مشکل میباشد.
* رخصتي های عمومی و کانفرانس های پلان شده سازمان های دیگر شاید باعث ایجاد پرابلم در کار مرور شود. باید قبل از وقوع راه حل های آن جستجو شود.

یکي از میعاد (وقت) هاي مهم عبارت از تدویر مجلس بعد از اجرای مرور بوده که در آن دست آورد های پروسه مرور توسط مامورین عالی رتبه تصمیم گیر در مورد پالیسی مراقبت های صحی اولیه تحت غور و بررسی قرار می گیرد. درین مجلس تمام افرادیکه در وهله اول در جریان تصمیم گیری اشتغال داشتند وافرادیکه درسفارشات مرور رول داشتند، باید اشتراك نمایند، این افرادیکه در مجلس اشتراك مینمایند باید بقدر کافی وقت خود را به آن وقف نمایند و اوقات دقیق همه واقعات به آن ها داده شود تا آمادگی لازمه را بغرض اشتراك مؤثر گرفته بتوانند. اشتراك افراد در مرحله پلان گذاری مانند اشتراك ایشان در مجلس بعد از مرور خیلی ضرور و حتمي میباشد.

ترتیب یك تقسیم اوقات برای هریك از اعضای تیم مرور ضرور بوده تا ایشان جریان امور را بدست خود تعین بسازند.

جدول ۲ : چارت نمونوي براى تعيين برنامه وظايف مختلفه :

تعين اوقات

وظايف :	هفته ۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷
۱		—	—	—			
۲			—	—	—		
۳				—	—	—	—

تعين پرسونل

وظايف	اعضاى تيم	معاونين ادارى	مصاحبه كننده
۱	۱	-	-
۲	-	۱	-
۳	۸	۱	۱۲

هرگاهي كه كميته رهبرى جريان وقايع را در پروسه مرور مشخص نمودند بعداً ايشان قادر خواهند شد تا از منابع مختلفه (بودجوى پرسونل ووقت) در تطبيق آن استفاده نمايند. بايد بخاطر داشت كه دربعضى اوقات هيچ گونه ترتيبات قبل از تنظيم برنامه نمونه گيرى صورت گرفته نمى تواند.

پشتيبانى منابع ملى و بين المللى :

پيش برد مرور مراقبت هاى صحى اوليه يك موضوع خيلى قيمت بها بوده وشامل كليه مصارف از قبيل معاشات سفريه وغيره ميباشد كه در بعضى ممالك مصارف آن از پنج تا سى هزار دالر تفاوت مينمايد. در پيش برد اين مرور بايد از منابع خارجى استفاده شود اما به آن هم مقادير كافى منابع مالى در بودجه مراقبت هاى صحى اوليه پيش بيني گردد تا در تمويل از آن استفاده شده و يك روحيه متكي بخود بميان آمده بتواند. اگر پول در منابع داخلى موجود نباشد پس بايد يك پلان بودجوى تفصيلى بصورت قبلى تهيه وترتيب گردد تا در وقت معين آن به مؤسسات كمك دهنده پيش كش شده بتواند. زيرا اين مؤسسات اولاًيك پروسه دور و دراز بيروكراتيك را در پيش مى گيرند تابعداً در تمويل اينگونه فعاليت هامصدر مساعدت مالي شده بتوانند. تخمين مصارف مرور بايد پيش از همه امور صورت پذير گردد. اما در صورت تفاوت ها تعديلات لازمه در آن صورت گرفته بتواند. يك نوع پلان بودجوي در جدول ۳ ارايه شده اميد مورد استفاده قرار بگيرد.

جدول ۳ - نمونه پلان بودجوی برای مرور مراقبت های صحی اولیه

	منابع پیشنهادی	جمع
۱- مرحله آمادگی		
۱-۱ مجالس سرور		
تسهیلات کانفرانس		
سفرخرچ شاملات		
امور دفتر داری		
قرطاسیه وغیره		
۲ - ۱ آزمایشات ساحوي فورمه سروی		
شاملان		
قیمت سفریه		
چاپ فورمه ها		
۳ - ۱ چاپ و توزیع اسناد پروگرام مرور		
٤ - ۱ احتیاجات دیگر		
۲- سروی		
۱ - ۲ مجالس تیم سروي		
تسهیلات کانفرانس		
مصارف شاملان		
مصارف مهمان نوازی		
۲ -۲ سروي ساحوي		
جیپ خرج روز مره		
سفر های داخلی		
کرایه وسایل نقلیه		
۳ -۲ قرطاسیه و مصارف اداري		
تایپ چاپ و توزیع راپور مقدماتی		
۳ - مجالس بعدالمرور		
تسهیلات کانفرانس		
جیپ روز مره شاملان		
قیمت سفریه وغیره		
مهمان داری ها وغیره		

٤- نشر راپور نهایی

توحید

ترجمه

تالیف

چاپ

توزیع

٥- وغیره

جمع

انتظامات لوجستیکی برای امور ساحوی و مرکزی:

تهیه و ترتیب مقدماتی امور لوجستكي ساحوی و مرکزی خیلی ضروری بوده اینها شامل مطالب زیر میباشد:

* قروغ اتاق ها در هوتل در ساحه و در مرکز.
* کرایه وسایل نقلیه به شمول مصرف پترول و دریور.
* خریداري تکت طیاره در صورت ضرورت.
* استخدام ترجمان رهنما وغیره پرسونل اضافی مطابق احتیاج.
* تهیه معلومات ویادداشت های اطلاعاتي مثلاً از قبیل پروتوکول ساحوی وغیره.
* قیمت ترانسپورت و سفر خرج روزمره برای اجرای سروي.

درین مرحله آغاز کار سروي به همه باید ابلاغ گردد. حمایت و پشتیباني همه در زمینه همکاري و مساعدت جلب شود. همه افراد و مقامات از تاریخ آغاز سروي قبلاً باید اطلاع حاصل نمایند.

تیم‌سروی:

اعضای تیم سروی بسیار به دقت باید انتخاب شود. یك روش معمول در مورد هر عضو تیم مرور اینست که کلیه کتگوری پرسونل را دربر گرفته و شامل کلیه دسپلین های مربوطه باشد. در جریان سروی مقدار خانوار (کلستر) های که توسط هریك از تیم ها تحت پوشش قرار گرفته می تواند موضوع بس مهم دیگر میباشد که باید به دقت تحت مطالعه قرار داده شود. در سروي ساحه تمام اعضای تیم مرور شاید اشتراك عمل نکنند اما بهرحال اشتراك عمل ایشان باعث افزایش تماس بین پرسونل درسویه هاي مختلفه عرضه خدمات صحی می شود.

اعضای تیم مرور در اجرای فعالیت های زیر توظیف می آیند:

* تربیهء مصاحبه کننده.
* طرح پلان برآی دسترسی و سروی نمونه هاي انتخاب شده.
* نظارت از مصاحبه کنندگان جهت تضمین کیفیت عالی ارقام جمع آوری شده.
* بررسی و جدول بندی ارقام حاصله از ساحه.
* تهیه یك راپور بین البینی به استناد راپور مقدماتی.

بصورت‌عمومی: مصاحبه کنندگان مؤظف در هر یك از تیم های سروی باید به السنه محلی آشنایی و تسلط داشته و به رسم و رواج ایشان بلدیت تام داشته باشد. اینها باید با سواد بوده و در بین مردم محل قابل تحمل باشند.

در صورت امکان از مصاحبه کنندکان مجرب باسابقه در اجرای سروی کار گرفته شود. اگر لازم بیافتد از پرسونل وزارت صحت عامه به صفت مصاحبه کننه استفاده شود بهتر است. تا ایشان در یك قریه (جمیعت) بیگانه (غیر از خود) مصاحبه اي را به راه بیاندازند از تحریفات شعوری وغیر شعوري جلوگیری بعمل آمده بتواند.

تربیه و تسهیلات کاری: برعلاوه ترتیبات لوجستکی سروی باید تسهیلات لازمه برای اجرای امور تربیوی اعضای سروی نیزدر نظر گرفته شود تا ایشان کارهای دفتر داری، جمع آوری تحلیل ارقام و راپور نویسی را اجرا بدارند.

جدول ٤ - چك لست سامان و تجهیزات تیم هاي سروی

١- فورمه های جمع آوری ارقام
- خانوار
- کارگران صحی
- مرکز صحي
- مقاصد مخصوص

٢- اوراق تعلیمات نامه
٣- فورمه هاي خلاصه
٤- کلپ بورد
٥- قرطاسیه، ماشین حساب ونقشه
٦- لست کلسترهای قرأ و نفوس آن
٧- لست اسماي مامورین رسمی
٨- جداول موخذ (قامت بروزن)
٩- ترمومتر یخچال، پاکت های او ار اس وکارت معافیت
١٠- مواد تعلیمات صحی، لست ادویه اساسی مراکز صحی
١١- وجه سردستی
١٢-تقسیم اوقات کار تیم های سروی
١٣- بکس کمك هاي اولیه و مواد دوایی.

تیم های سروی در سویه مرکزي و ولایتی به این گونه تسهیلات ضرورت دارند.

سامان و تجهیزات:

کلیه سامان و لوازم باید در یك وقت معین پیش از آغاز کارسروی بدست رس تیم هاي سروی گذاشته شود. اگر براي خریداری آن به پول ضرورت بود بودجه کافی برای خریداری آن در نظر گرفته شود. لست سامان و تجهیزات مندرج جدول ٤ بوده البته در صورت لزوم تعدیل شده می تواند.

پلان گذاری تخنیکی:

تجدید نظر و تحلیل پالیسی و پلان هاي موجود:

قبل از آغاز بگار ساحوی مرور مراقبت هاي صحي اولیه باید یك تعداد زیاد ارقام احصایوی جمع آوری گردد.

مرحله اول درین زمینه عبارت از جمع آوری مواد چاپی و نشرات قبلی راجع به پالیسی های صحی وپلان مراقبت های صحی اولیه در متن پلان هاي عمومي انکشاف اقتصادی و اجتماعی میباشد. مثلاً درین جاه از همه مهمتر پالیسی تعلیمی وتربیوی، تغذی، رفاه اجتماعی وغیره نیزشامل میباشد. البته تجدید و مرور اسناد فوق به غرض بررسی اهداف و مرام سایر سکتورها و ارتباط آنهابه مراقبت هاي صحی اولیه خیلی ضروری و حتمی شمرده مي شود. مثال های باالقوه اسناد فوق قرار ذیل است:

* پالیسی ملی صحی به ارتباط مراقبت هالي صحی اولیه.
* پالیسی و استراتیزی ملی در سکتورهاي مرتبط به صحت.
* اهداف و استراتیژی ارکان مختلفه مراقبت های صحی اولیه.
* مطالعه راپورهای مرور هاي قبلی مراقبت های صحی اولیه.
* پلان های انکشافی سایر سکتور ها.

این معلومات مخصوصاً از دو نگاه حایز اهمیت خاص میباشد:اینگونه معلومات نکته آغاز فعالیت های بعدی را تشکیل داده و اساسات خوبی را جهت تحلیل پیشرفت هاي مراقبت هاي صحی اولیه در مملکت بدسترس می گذارد. به ارتباط موضوع ثانی معلومات درباره مطالب آتی مورد ضرورت می باشد:

* میکانیزم انسجام فعالیت هاي سایر سکتور هاکه تأثیری بالای صحت گذاشته و به مراقبت هاي صحی اولیه ارتباط پیدامینماید.
* میکانیزم پیشنهادی جهت تقویت اشتراك مساعي مردم جمعیت بغرض ارتقاي مراقبت هاي صحی اولیه.
* طبیعت پروسه پلان گذاري مخصوصاً ایجاد بعضی تغییرات که انکشاف مراقبت های صحی اولیه را سهولت مي بخشد. مثلاً تغییرات در نحوه «**پلان گذاری بالا به پایین**» به یك «**پلان گذاري غیر متمرکز**».
* پیشرفت در تفویض صلاحیت و مسؤولیت از مرکز به تسهیلات صحي محیطی در سطح ولایات ولسوالی ها.

* پیشرفت در انتقال تخصیصه های منابع مالی از شهرها به دهات مثلاً ایجاد تغییرات در توزیع مجدد منابع مالی وقوای بشری از شفاخانه ها به مراکز صحي دهاتی.

اگر نوع معلومات که درینجا ما از ان متذکر شدیم بدست رس تیم مرور نباشد درینصورت یك کمیته فرعي را باید تعیین نمود تا اسناد مؤثق مورد ضرورت را تهیه کند وبدست رس تیم بگذارد. به الفاظ دیگر پالیسی صحی قبل از آغاز مرحله ساحوی کار مورد تحلیل قرار بگیرد. برای مثال مطالعات از قبیل تاثیرات پالیسی موجوده بالای توزیع منابع صحی به تفکیك منطقه و نواحي ویا مطالعه تأثیرات تفریقی صحي بین گروه هاي اجتماعی واقتصادي تحت اجرا قرار گرفته شده مي تواند. به عین شکل ارقام مورد رول سازمان هاي غیر دولتی در تمویل خدمات صحی شاید مورد ضرورت واقع شود تا روش های مختلفه تحت مطالعه قرار گرفته بتواند. اگر تیم مرور پالیسی سازمان های ملی را در اجرای چنین تحقیقات تنبیهه نموده بتواند کار خیلی ثواب و مفید خواهد بود.

مرور و تحلیل ارقام موجود :

قبلاً در صفحه ۲ این رهنمود پروسس جمع آوری ارقام ملی موجود مورد بحث قرار گرفت. درین مورد باید گفت تعدیل و تطبیق آن در شرایط هر مملکت ضرورت حتمي است. لاکن در تمام ممالك محتوی واقعی مرور بالای ارقام موجود و اجرای سروی های تصادفی یا (ad hoc) استنادمینماید.

شاید بعضی از ارکان مراقبت هاي صحی اولیه باوجود داشتن اهداف خیلی بلند ممکن پیشرفت اندکی نموده باشد. ازینرو از چنین ارزیابي پروگرام هاي اختصاصی شاید بیشتر از همه بهره مند گردد. علاوتاً در مورد بعضی پروگرام هاي دیگر که منابع پولی که قبلاً برای ایشان تخصیص داده شده بود ، بدست رس ایشان گذاشته نشده باشد. چنین یك تحلیل در توضیح، علل و اسباب مشکلات خیلی مفید واقع خواهد شد.

درجریان مرور در گذشته شاید تعدار زیاد ارقام جمع آوری شده که عدهء زیاد آن شاید داراي کیفیت مطلوب نبوده وبعضی از ان ها هیچگاه تحت تحلیل و بررسی قرار نگرفته باشد. باین ترتیب در وهله اول پلان گذاري باید مقدار اقلی معلومات مورد ضرورت باید مشخص شود، تا جمع آوری گردد تا از آن بدرستي هرچه بیشتر استفاده بعمل بیاید. برای اینکار قبل از آغاز بکار، شناسایي معیارات خصوصی حتمي بوده تا در اتخاذ تصمیم از آن بصورت واقع بیانه استفاده گردد. درنیل به این مرام اکثراً مابه نمونه گیری های معقول در سروی ها احتیاج پیدا خواهیم نمود.

اولین قدم در سروی ها مراقبت هاي صحی اولیه عبارت از مرور و تحلیل ارقام موجود میباشد. درین مورد شاید منابع ارقام متفاوت باشد. اما یك منبع هم ارقام عبارت از سیستم اطلاعات صحی روتین در مملکت میباشد. اگر میزان شیوع، قوع و میزان وفیات بصورت روتین محاسبه نمی شود پس سعی شود تا از روي ارقام مصابیت ها ووفیات نفوس محاسبه گردد. معیارات دیکر مانند معیارات پوشش واکسیناتور، مصرف دوایي وغیره نیز در پیشبرد سروي ها در نظر گرفته شده مي تواند. براي مثال در سیستم اطلاعات موضوعات توزیع پرسونل تخصیصه هاي پولی و سیستم توزیع ادویه مطاالب مفید خواهد بود. اگر اخذ معلومات در مورد موضوعات فوق از طریق سیستم اطلاعات صحي میسر نبود پس از طریق اجراي سروي هاي ارکان جداگانه مراقبت هاي صحي اولیه نیز ممکن شده می تواند.

افراد مسؤول توحید و تحلیل به ارقام نیازمند همکاري تمام شعبات فنی واداري وزارت صحت عامه بغرض جمع آوری این ارقام میباشد. این افراد باید به تمام اسناد و اوراق دست رسي آسان داشته باشد. این مرحله طولاني ترین و مغلق ترین قدم، اما در واقعیت مهم ترین قدم در پیش بردفعالیت های پلان گذاری مرور تلقی شده مي تواند. این مرحله قبل از تشریف آوری تیم مرور در منطقه باید انجام بیابد. درین مرحله کمیته تخنیکی باید کاملاً دست به کار شده و همه مراحل مختلفه جمع آوری و تحلیل ارقام را بدست خود بگیرد. طوریکه قبلاً از آن متذکر شدیم اعضای کمیته از بین دسپیلین هاي مختلفه انتخاب شود. درین صورت باید در تهیه و بدست رس گذاشتن ارقام مربوط به شعبه خودش همکاری مسلکی با تیم مرور انجام بدهد.

تعیین اهداف خصوصی:

درجریان پروسه مرور تعین اهداف خصوصي کلیه ابعاد و ارکان مراقبت های صحی اولیه با استفاده از ارقام دست داشته باید تحت مطالعه قرار بگیرد. لاکن مطالعات تفصیلی متعاقب صرف به مطالعه آن ابعاد خصوصی ویا ارکان مشخص مراقبت های صحی اولیه مختص ساخته می شود که برای ارزیابی آماده کار میباشد. برای مثال اگر در یك مملکت بر مبنای ارقام موجوده اسباب ممکنه یك پرابلم را در سیستم توزیع دوایی شناسایی بنمایند درینصورت ضرورت بر پرسش سوالات عمیق از تمام مراکز توزیع دوایی بمیان می آید. لاکن اگر این موضوع فهمیده شده نتواند که توزیع دوایی در واقعیت یك پرابلم خطیر است پس اینقدر کافی خواهد بود که موجودیت ادویه را صرف در سویه مراکز صحی بررسی نمایید.

طرق دیگر بررسی انتظام پروسه مرور عبارت از شناسایی معیارات مهم صحت عامه مثلاً وفیات اطفال و وفیات ناشي از ملاریا و غیره میباشد تا تصمیم اتخاذ گردد که کدام یك ازین معیارات در جریان مرور مورد تحقیق قرار داده شود. اگر برای مثال وفیات ملاریا به صفت یکی از پرابلم ها شناخته شده باشد پس از ان سیستم توزیع دوایی باید به تفصیل تحت مطالعه قرار داده شود. البته درین مقطع باید بخاطر باشد که ارقام وفیات از طریق پرسشنامه سروی بدست آمده نمی تواند در عوض ارقام فوق الذکر از دفتر مرکزی احصایه وزارت صحت عامه بدست می آید.

هرگاه یك مرتبه ارقام موجوده ارزیابي گردید و در مورد آن با مامورین عالی رتبه وزارت مباحثه و مذاکره

بعمل آمد بعداً این موضوع امکان پذیر خواهد شد تا یك نظریهء دقیق به میان بیاید که پروسه مرور چه بکند، و چه اهداف را تأمین نموده می تواند. در قدم اول این کار یك آزمایش ویایك تجربه بوده با تحلیل و تیرهء انکشاف ارتباط گرفته یك تجدید نظر تخنیکی درمورد پیشرفت ارکان مراقبت های صحی اولیه میباشد. اگر وقتیکه دورنمای کار مشخص گردید اهداف خصوصی را باید تعین کرد و در مورد آن با پالیسی سازمان های ملی کمیته رهبری واعضای تیم مروربايد مباحثه و مذاکره بعمل آورد.

معلومات اضافی مورد نیاز

وقتیکه اهداف مرور تعیین شد، معلومات موجوده جمع آوری و تحلیل گردید در آن صورت طرح ودیزاین حقیقی کار یعنی تشخیص انواع معلومات اضافی که باید گردهم جمع شود، آغاز می آبد. این مرحله صرف بایك ترتیب Cursory پیش برده شده نمی تواند پس معلومات مورد ضرورت هرچه بهتر باید توضیح یابد.

اولیه متمرکز میباشد. این یگانه سویه است که در آن تأثیرات و سطح استفاده از خدمات صحی مختلفه بصورت دقیق و درستی لازم اندازه گیری و محاسبه شده می توانند. خصوصیات خانوار قویاً تحت تأثیر فکتور جمعیت و قریه قرار می گیرد. سروی ها چنین مطرح می شوند که در قدم اول موضوع رعایت روحیه انصاف را در تخصیص منابع به جمعیت های که در نواحی مختلفه جغرافیایی موقعیت دارند در نظر داشته باشند.

پلان نمونه گیری

سمپل کلسترهاي خانوارها

از سمپل گیری دو مرحله اي که توسط پروگرام معافیت کتلوی معرفی شده و در اینجا استفاده می گردد. (ضمیمه اول را ببینید) این سمپل گیری به غرض محاسبه سطح پوشش پروگرام واکسیناسیون و میزان وقوع وفیات ناشی از امراض اسهالی طرح و دیزاین گردیده است. ناگفته نماند که منتهای احتیاط را در قسمت موضوعات که این سروی برای آن مورد تطبیق نداشته وبرای آن دیزاین ـ ________________

نشده بود ، در نظر داشته باشید. تفصیل متودهای علی البدل فوری در ضمیمه اول ارایه گردیده است.

تصمیم در مورد انتخاب نمونه اي خانوارها و ارقام احصایوي دیگر با در نظر داشت وقت و منابع دست داشته، اتخاذ گردد. زیرا وقت و پول همیشه یکی از موانع بوده و لازم است تا باارتباط آن واحد سمپل گیری را توضیح بداریم. در سروی های مراقبت های صحی اولیه معمولاً واحد سمپل خانوارمیباشد. معمولاً موضوع اقتصادی، سرعت در کار و کم مصرفی منابع پولی ضرورت سمپل گیری ساده، خانوارها را از بین می برد. بنابراین از باعث دلایل قیمت کار و یا کمبود وقت ضرورت به آن می افتد که مراحل اضافی دیگر را در سمپل گیری علاوه نمایم. برای مثال در وهله اول ولسوالی. بعداً قرأ و در نهایت خانوارها از بین قرأ انتخاب می گردند. (نمونه کیری چندین مرحلوی)

متود جمع آوری ارقام و تحلیل آن که در ضمیمه اول توضیح یافت یك تخمین غیر قابل تحریف ارقام تغییر پذیر نفوس را بدست رس می گذارد. هرگاهی که یك تخمین حسابی بدون تحریف باشد پس درجه عدم اطمینان (Uncertainty) را در ارزش ارقام تخمین شده یادرجهء غلطی معیاری

(Standard Error) محاسبه نموده می توانیم. بصورت کلی گفته می توانیم که ۹۰ فیصد متیقن میبباشیم که رقم اصلی نفوس (که تغیر پذیر است) در بین یك دوره (Interval) یعنی بین:

تخمین منفی S.E.2 و تخمین مثبت S.E.2 واقع شده می باشد. این انتروال به صفت دوره ۹۵ فیصد اعتماد مسمی میباشد. درجه یقینی بودن تخمین های ارقام سروی متعلق به حجم نفوس، درجه تجمع خانواده ها (کلستر بودن) و ارقام تغییر پذیر میباشد. اگر کلیه مسایل دیگر مساوي فرض شود هر قدر حجم سمپل بزرگ تر باشد به همان اندازه درجه تخمین دقیق تر میباشد. (به الفاظ دیگر S.E آن کوچکتر میباشد.)

لاکن در مورد عین مجموع حجم سمپل، باید گفت که اگر سروی یك تعداد زیاد کلسترها به خانوار ها محدود (در هر یك از کلسترها) نتایج بهتر و دقیق تر نسبت به یك سروي که تعداد کلسترآن کمتروتعداد خانوارهای آن زیاد تر باشد بدست میدهد برای مثال در یك سروي که با ۳۰۰ نفر مادر مصاحبه می شوند معمولاً نسبت به یك سروی که در آن ۲۰۰ مادر مصاحبه مي شود دقیق و صحیح تر میباشد.برعلاوه اگر این ۳۰۰ مادر در ۵۰ کلستره (٦ مادر در یك کلستر) توزیع یافته باشد درجه دقت و صحت آن نسبت ۵۰ کلستریکه در هر یك آن ۱۰ مادر موجود باشد بیشتر میباشد.

۲- جمع آوری ارقام در ساحه

کار ساحوی مدت کوتاه را در بر گرفته اما خیلی مهم و همه جانبه میباشد. قسمت از مصاحبه که بواسطه تمام اعضای تیم یا توسط قسمت محدودی از اعضای تیم صورت می گیرد که شامل مراحل زیر میباشد:

ویزیت مجلات سروی ولایات، ولسوالی ها و قرأ (سویه جمعیت)

در مرور قبلی طوری معلوم شد که موثریت جمع آوری ارقام بالای مطالب زیر تعلق می گیرد:

* قابلیت و اهلیت هر تیم در جمع آوری ارقام مؤثق و ثابت خیلی مهم بوده و این کاربیانگر آن است که فهم و درك مسؤولیت نزد افراد و گروپ موجود بوده و در عین حال اعضای تیم ها با پرسشنامه آشنایي و بلدیت پوره داشته باشد.
* ترتیب و انتظام یك برنامه کار مکمل فعالیت نه تنها برای مصاحبه کنندگان بلکه برای سوپروایزر ها نیز ضرورت میباشد. این موضوع خاصتاً در سویه خانوار خیلی مهم بوده و مصاحبه کننده یك وقت خاص را برای مصاحبه انتخاب میکند که باعث حد اقل سکتگی در جریان کار خانه نشود مخصوصاً که والدین در داخل منزل وجود داشته بهترین وقت صبح ویا عصر روز میباشد.
* در جریان سروی عرضه خدمات صحی مثلاً توزیع ادویه ضد ملاریا و پاکت های او ار اس پیشبرد پروگرام سروی کمك زیاد مینماید. اتخاذ این روش برای مردم در جمعیت و براي کارکنان صحی این ذهنیت را بمیان می آورد که تعقیب اینگونه روش بهترین راه برای پیشبرد کار بوده میباشد به این ترتیب سروی به صفت یك وسیله تربیه و عرضه خدمات صحی به حساب می رود.

اهیمت این متود نظارت بیشتر ازین تأیید شده نمی تواند سوپروایزر مقدار زیاد وقت خود را باید در ساحه گذشتانده و خود را به کارهای مفید مشغول میسازد. این کارها عبارت انداز:

* سروی مجدد یك نمونه خانوارها (کارگران صحی) و مقایسه متقابل نتایج اولیه مصاحبه کننده گان.
* جمع آوری ارقام تأکید کننده در هر فرصت که امکان پذیر باشد (مثلاً معاینه سکار (داغ) بی سی جی به منظور تأیید واکسیناسیون اطفال).

تحلیل ابتدایي ارقام در ساحه :

طوریکه در بالا از آن تذکار رفت در ختم هر روز کار هر تیم توسط سوپروایزر مربوط مورد مطالعه وبررسی قرار میگیرد. اینکار شامل حساب و کنترول نتایج هریك از کلستر خانوار (کلستر گروپ معین از خانوار). تحلیل ابتدایی شامل خلاصه سازي وجمع آوری تمام پاسخ ها در مقابل هر یك از سوالات به ترتیب کلستر به کلستر میباشد. برای مثال تعداد مجموع مادران که در مقابل سوال «آیا طفل شما» یك چارت رشد و نمو دارد» بلی گفته است خلاصه و مجموع آن محاسبه شود. اگر اینگونه خلاصه سازي و جمع روزانه در ساحه صورت بگیرد پس محاسبه کارکل سروی در هنگام بازگشت از ساحه کار خیلی سهل خواهد بود.

جدول ۵ : ارائه نتایج سروی

الف - شاخص های پوشش معافیت در ولایات

ولایت	نفوس	٪ دی پی تی دوز اول	٪ پولیو دوز سوم	ولادت ها در ۱۲ ماه گذشته	٪ تی تی دوز دوم
۱	۴۵۰	۷۳	۳۴	۱۸۰	۸,۶
۲	۴۳۸	۷۹	۳۰	۱۷۶	۱۰,۳
۳	۴۶۳	۶۸	۲۸	۲۰۶	۱۵,۳
۴	۵۰۲	۵۳	۱۸	۲۱۹	۸,۱
۵	۴۸۸	۶۱	۲۳	۲۳۱	۱۱,۸
۶	۵۲۳	۴۳	۱۷	۲۴۴	۶,۷
۷	۵۵۶	۳۴	۱۲	۲۸۱	۷,۵

ب - پروگرام های مراکز صحی

فیصدی مراکز صحی دارای پروگرام در مورد:

ولایت	تغذی	رهنمای خانواده	ام.سی.اچ	اسهالات	معافیت
الف	۱۰۰	۹۷	۸۳	۹۳	۱۰۰
ب	۹۷	۸۶	۹۳	۸۳	۹۷
ج	۹۳	۱۰۰	۸۸	۶	۹۳
د	۹۷	۸۳	۷۸	۷۹	۸۱
هـ	۸۸	۷۱	۷۳	۶۳	۸۱
و	۸۶	۹۳	۳۷	۵۳	۷۷
ز	۵۵	۳۴	۵۲	۶۸	۷۵

۳- ترکیب ارقام Synthesis

مقدمه :

بعد از جمع آوری ارقام باید برای تحلیل ترتیب خاص وا نتظام داده شود. زیرا به اساس همین تحلیل یك راپور مقدماتی تهیه و ترتیب شده که بعداً از روی آن راپور نهایی نوشته شده و به مراجع آن ارایه مي گردد. این راپور نهایی شامل مرور به طرز العمل سروی (متودولوجی) و نتیجه گیری آن به شمول سفارشات در مورد تعدیل پلان مراقبت های صحی اولیه در سویه ملي میباشد. مرحله اخیر در پروسس و مرور پالیسی سازهای ملی ارتباط داشته ضروریات پلان مفصل مراقبت های صحی اولیه را در روشنی کفادت تیم تجدید نظر طرح و مورد تطبیق قرار بگیرد.

تحلیل جامع تحلیل ارقام دست داشته و جدید

بصورت ایدیال نحوه پروسس باید قبلاً توسط کمیته فني تحت کار گرفته شده باشد هنگام که نوعیت اطلاعات که باید جمع آوری شودتعین شد انواع جداول وگراف ها طرح شده می تواند. تا بعداً هنگام ارقام که بدست می آید جداول مذکور تهیه شده وارقام خلاصه گردد. اگر قرار بر این باشد که در پروسس ارقام از کمپیوتر استفاده بعمل میباید پس باید برای اینکار پرسونل تربیه شود تا ایشان بدانند که در ختم این پروسس از ایشان چه توقع برده می شود.

جمع آوری توحید و تصنیف ارقام باید توسط اعضای تیم های سروی به شمول آمرین برنامه ساز اجرا شود اشتراك مساعی آمرین برنامه ساز در پروسه جمع آوری و توحید ارقام این اطمینان را بمیان می آورد که ایشان معني و مفهوم ارقام را درك میکنند و به آن ارزش مناسب را قایل می شوند. به ارتباط ارایه ارقام باید گفت کسان که در تحلیل ارقام سر و کار دارند باید ارقامی را که در بین راپور نهایی جاه داده می شود باید بصورت انتخابی برگزینند این انتخاب ارقام بر مبنای اهداف اصلی این سروی صورت بگیرد.

تهیه راپور مقدماتی

تیم مرور یك راپور مقدماتی به اسرع وقت تهیه میدارد. این راپور ها مشتمل بر خلاصه ارقام خلاصه ساز و نتیجه گیری هامی باشد. علاوتاً لست سفارشات مهم که در قسمت اول جای داده شود در راپور نهایی نیز شامل می باشد.

استدلال و معقولیت هریك از سفارشات درحمایت از نتیجه گیری ها در متن راپور مورد بحث قرار خواهد گرفت این ارقام به شکل واضح وقابل فهم باید ارایه گردد.

تهیه یك پلان عمل

یکی از نتایج ها شایان توجه در چنین مرور عبارت از طرح یك پلان عمل جهت تعمیل و تطبیق راه های حل کوتاه مدت میباشد. این پلان ممکن توسط کمیته فنی ویا کمیته رهبری (Steerning) تهیه شده میتواند. درین مورد باید متذکر شد که مجلس مامورین عالی رتبه به غرض تجدید نظر بعدی با این امیدواري دایرمیگردد که پلان عمل را مورد تأیید قرار بدهد. یك طرح یا جهت ارایه پلان عملیاتی ذیلاً تقدیم شده امید که از آن استفاده بعمل آمده بتواند.

اهداف عمومي	اهداف خصوصی	پرابلم	راه حل پیشنهادی	منابع تخمیني مورد ضرورت	افرادکه اقدام عمل میکند	تاریخ: شروع/ختم

در تعین تقسیم اوقات جهت تطبیق سفارشات اسباب بالقوهء تأخیر در اجراأت مثلاً تغییرات ضرورت در قانون گذاری نیز باید در نظر گرفته شود. تعین اوقات در اجراأت که توسط سایر سکتورها صورت می گیرد ولوکه بصورت تخمینی هم باشد اما مفید پنداشته می شود. این گونه پلان ها در دوره های معین پنج ساله مثلاً در مورد انکشاف قواي بشری انکشاف نصاب تعلیمی و در طرح پیشنهاد جهت جلب کمك های خارجی طرح و مورد تطبیق گرفته مي تواند.

ارایه و مباحثات روی نتایج ابتدايي و سفارشات

تمام نتایج حاصله از مرور و تجدید نظر باید قبل از انحلال و از بین بردن تیم هاي سروي به مقامات عالی رتبه تصمیم گیری ارایه گردد. تاریخ تدویر جلسات رسمي که در آن نتایج راپور به مقامات متذکره مورد بحث قرار می گیرد باید در مرحله پلان گذاري تعیین گردیده تا در آن سفارشات وپلان عملیاتي پیشنهادی مورد بحث و تعمق همه جانبه قرار بگیرد.

تهیه و ارایه راپور نهایی

این راپور در هفته های بعد از ختم ویزیت های ساحوی تهیه شده و لازم نیست تمام اعضای تیم تا آن وقت به انتظار نگهداشته شوند. چیزیکه در ینجا از همه بیشتر قابل اهمیت وانمود میشود همانا تهیه راپور رسمی بغرض تهیه یك وسیله برای آنهایی که مسؤول تطبیق سفارشات هستند، میباشد. این مرور تا که به شکل یك سند نهایی برای تمام جوانب علاقمند قابل توزیع نشود تکمیل یافته، پنداشته نمی شود. البته یك نفر از افراد به اینکار مؤظف ساخته میشود تا اطمینان حاصل نماید که اسناد همه توزیع یافته است.

استراتیژی راپور

مقصد و مرام از مرور عبارت از بررسی پالیسی یك مملکت به ارتباط تطبیق مراقبت صحی اولیه بوده که بکدام وسعت وپیمانه این پالیسی ها مورد تطبیق قرار گرفته و استراتیژی های آن در عمل پیاده شده است. بنابران راپور اولاً به درجه اجراات عطف توجه نموده تا معلوم شود که این پالیسی ها و استراتیژی تا چه اندازه در عمل پیاده شده است. حالات که باعث مساعدت پیشرفت پروگرام و پرابلم های که در برابر آن قرار دارد. معین و مشخص شود. مقصد ثانی آن که شاید از همه بیشتر مهمتر باشد همانا برسی مناسب و مفیدیت این استراتیژی و پالیسی در روشنی وقایع که در سال های اخیر بوقوع پیوسته و مطالب که در آینده قابل پیش بینی بوده که احتمالاً بوقوع بپیوند، میباشد. این راپورنه تنها تأثرات صحی در پرگرام های انکشافی قبلی را انعکاس باید بدهد بلکه بر علاوه تأثیرات بعدی پالیسی موجوده را نیزباید انعکاس بدهد.

درراپور بررسی دست آوردها و یا ناامیدی ها (ناکامی ها) در جریان چند سال گذشته باید صورت گرفته ارقام درساحات کلیدی مانند متابع مختلفه براي اجرای این کار باید جمع آوری شود. برای نیل به این مرام تحلیل گران ارقام باید ارقام مهم را از ارقام عادی و معمولی با نظرداشت اهداف اولی باید از هم جدا بسازند. محض معلومات حایز اهمیت در راپور نهایی جاه داده شود. اساس پیش بینی نیازمندی ثابت نبوده و معمولاً روی یك سلسله تخمین ها صورت می گیرد که درین صورت امکان انتخاب طرف علی البدل را نیز باید در نظر داشت.

حجم راپورهای مرور مراقبت های صحی اولیه یك موضوع مهم بوده زیرا در ینجا هر دو مطلب یعنی مغلقیت سیستم صحی و پیمانه بررسی مراقبت های صحی لولیه از یك مملکت تا مملکت دیگر فرق مینماید چون تهیه یك رهنمود واحد بررسی ممکن نیست بنابران راپور براي پالیسی سازهای ملی در نظر گرفته شده پس باید مؤجز بوده و پیغام های باید بشکل ساده و صاف انتقال یافته و بصورت متبارز جلب نظر آنها را نموده بتوانند یك لست ساده محتوی راپور در جدول ٦ ارایه گردیده است.

پیشنهادات در مورد تحلیل و ارایه ارقام :

* نتایج این مرور به ارتباط سویه های اداری (مرکزی، ولایتی، ولسوالی) از نگاه پالیسی پلان گذاری سازمان دهی و تمویل درپروگرام های مختلفه مثلاً حمایه طفل و مادرملاریا وغیره ترتیب وعرضه شود.
* هنگامیکه جدول بندی ارقام ابتدایی به تفکیك سویه های اداری مورد ضرورت بود آن ارایه از همه بیشتر آسان تر میباشد. اما بخاطر باید باشد که در تحت اینگونه شرایط روابط مهم بین حادثات مرتبط به هم در داخل و یك از پورگرام ها در سویه های مختلف شان از نظر نیافتد.
* تحلیل گران در این مرور در تعین مطالب که در متن راپور گنجانیده باید انتخابی باشند هر نوع ارقام باید از نگاه اهداف اولی آن مورد قضاوت قرار بگیرد.
* ارقام ازنگاه ساحات که مستلزم اتخاذ تدابیر اصلا صحی است و آنهای که نیستند قضاوت می شود.مثال، اگر ٩٥ فیصد مراکز صحی در هر یك از ولایات پلان کار خود را تکمیل نموده باشد در ینصورت از نگاه احصایوی بصورت مناسبت چنین گفته شده می تواند که کلیه مرکز صحی تقریباً پلان عملی حوزه تکمیل نموده اند. در عوض در راپور توجه به معارات ممیزه که هر یك ازین پلان ها بکدام سطح مورد تطبیق قرار گرفته می توانند میذول داشته شود.

جدول ٦- لست نمونوی محتوی راپور مرور مراقبت های صحی اولیه

خلاصه اجرایوي (نتایج عمده و سفارشات)

١- قسمت اول - مقدمه

سوابق

اهداف مرور

پروسس مرور (خلاصه متود تحقیق)

٢- قسمت ٢- نتایج بررسی

پالیسی و استراتیژی

پالیسی موجوده

استراك مساعی جمعیت

سایر سکتورهای مربوط به صحت

تحلیل منابع

منابع انسانی

تسهیلات فزیکی

بودجه

منجمنت و فعالیت های حمایتی :

سازمان دهی و منجمنت

سیستم اطلاعات صحی

لوجستك و ترانسپورت

ارکان مراقبت های صحی اولیه - معافیت، کنترول امراض حمایه طفل و مادر.

قسمت ٣- نتیجه گیری و سفارشات و ضمایم

١- تفصیل دیزاین های نمونوی و متود اخذ آن به شمول مثال پرسشنامه

٢- لست محلات که سروی شده

٣- اعضای تیم های سروي و مصاحبه کننده

٤- تفصیل موضوعات (بصورت جدول) از مطالب که در متن ادامه نشده است.

٥- خلاصه از غلطی های ستاندرد (Standar error) تخمین های مهم سروی که درمتن راپورگنجانیده نشده است.

* تا جائیکه ممکن است طرز ارایه ارقام در سراسر راپور متحداً باشد مثلاً اگر قرار باشد.که معلومات به تفکیك ولایت در جدول ارایه شود. وگر اینکه برای تغیر آن نزد تان ارایه دلیل واضح باشد تا آنرا به نحو دیگر ترتیب بدهید به عین شان عمل درج معلومات راجع حجم سمپل و ارقام مطلقه و یا فیصدی ها ارقام جداول ار عین خانه جدول در نظر گرفته شود.

* در متن راپور حجم جداول باید محدود فاصله معین ارقام مندرج آن بغرض سهولت در خواندن باقی باشد. بصورت عمومی جداول باید بیشتر از هفت ستون نداشته باشد مرجع اینست تا یك تعداد محدود ارقام جهت نمایش یك نتیجه گری خاص و پر اهمیت انتخاب شود. هیچگاه تمام معلومات حاصله را در متن راپور ها داخل نکنید البته این موضوع از مسؤولیت تیم تحلیل گران است تا مهمترین ارقام سری راانتخاب نمایند. البته تفصیل مطالب در داخل ضمایم نیز گنجانیده شده می تواند.

* گراف اشکال در جای که لازم باشد گنجانیده شود. در اغلب اوقات معلومات ببیشتر در گراف ها نظر به جداول ارایه داده می تواند زیرابه سهولت قابل فهم و درك میباشد.

* هر گاه یك تعداد کم ارقام مطالب و مهم را ارایه کرده بتواند از آن در متن راپوور بدون آنکه تمام ارقام را جداول ارایه نمایید نیز استفاده شده می توانند. اگراحیاناً تمام محموعه ارقام در بیان یك موضوع حتمی و ضروری باشد پس در ین صورت بهتر است که آن را در جدول داخل بسازیم نه در متن راپور. در ینصورت بعضی یاداشت های توضیح کننده در تحت جدول باید نیز ارایه شودتا خواننده به سهولت به آن رجوع نموده بتواند. ارقام که در متن آمده ضرورت به تکرار در ضمایم ندارد. بهر صورت به ارتباط هر موضوع در متن راپور به ضمایم باید اشاره شود.

* منحیث یك قاعده، کسور اعداد و فیصدی ها باید همیش به نزدیك ترین عدد خلاصه شود مثلاً اگر ارقام مانند ٪۵،٤٦ ٪۵،٤۲ درست باشد در ینصورت رقم اولی به ٪۵،۵ و رقم دومی به ٪۵،٤ خلاصه شده می تواند گویا همیش از عدد دوم کسور صرف نظر شده و به نزدیك ترین عدد بالا یا پائین خلاصه می شود. به همین ترتیب ستا ندرد اغلاط (Staudard error) به عین در Preeoision (وقت) بالای همه یك سان تطبیق شود.

* موضوع ستاندرد اغلاط صرف درمورد ارقام مهم که در نظر گرفته میشودکه شاید ۱۰ - ۲۰٪ رادربرمیگیرد.

* اگر به تفصیل نتایج سروی علاقمندی باشید پس درین صورت خلاصه ارقام مهم را به تفکیك هر دسته از خانهء (کلستر) در ضمیمه ارایه بدارید بهر صورت بعضی از تحلیل ارقام به تفکیك کلستر نیز به مشکلات تعین وسعت معیارات کلیدی به تفکیك کلستر به منظور به ساده سازي اغلاط ستاندرد نیز صورت گرفته همه این معلومات با تفصیل دیزاین ،سمپل گیری و متود سروی در ضمایم ارایه شده می تواند.

تعقیب

کمیته کار و مسؤول بخش های دیگر باید از ریفورم که در ارتباط مرور بمیان آمده آگاهی یافته تا در پیش برد آن بصورت همه جانبی بذل مساعی و همکاری نمایند. یکي از مطالب مهم مابعد المرور (یعنی پس از مرور) که باید مورد بحث قرار بگیرد عبارت از پلان وارسی تدابیر و عملیه های سفارش شده مرور میباشد. پروگرام تعقیب توسط تشکیل جلسات بصورت دوری اعضای کمیته کار و تمام کسان که در مباحث مرور اشتراک نموده بودند، باید صورت بگیرد. سیستم سرویلانس. سیستم گر و باید بهبود یافته وباید ارقام حاصله در اثنای مرور بصورت منظم تحت وارسی قرار بدهید.

خلاصه اجرایوي مرور مراقبت های صحی اولیه باید به پیمانه وسیع به همه توزیع بیابد مخصوصاً به آن های سروی اشتراک عمل داشتند.

مکلفیت نهای تیم مرور اینست تا یك تاریخ دیگر را جهت اجرای مجدد این مرور تعین نماید.

٤- خلاصه سلسله مـور مـراقـبتـهـای صحی اولیه پلان گذاری

الف اداری:

اُتخاذ تصمیم بغرض اجرای مرور

تعین مسؤولیت مرور

شناسایی ادارات ذیدخل سهم گیرند

انتظام تقسیم اوقات

حصول منابع مالی

تشکیل تیم مرور

اتخاذ تدابیرلوجستگی برای آغار کار تیم مرور

ب بکینکی:

تجدید نظر پالیسی و پلان های موجوده در مراقبت های صحی

- بازنگری بد اطلاعات موجوده
- تعین اهداف تفصیلی مرور.
- تعین معلومات اضافی مورد ضرورت
- تعین سـویه های صـحی و اجـتـمـاعـی کـه از آن ارقام باید جمع آوری شود.
- دیزاین طرز العمل نمونه گیری
- دیزاین پرسشنامه سروی و متود تحلیل
- آزمایش ساحوی پرسشنامه

-تربیه تیم های سروی.

اتخـاذ تدابیـر لازمـه لوجـسـتگی بـرای جـمع آوری ارقـام: تعین تـاریخ سـروی، تعین تـیم هـای سـروی، تدویر مـرور پروگرام تربیـوی. تهیـه و تدارك سامـان و لوازم، توظیف امـور تحلیلی و راپور نو پیسی و اتخاذ تصمیم در مودر متن و راپور نهایی.

جمع ارقام در ساحه

در ویزیت های ساحوی کیفیت کار تیم های سروی را نظارت کنید. همچنان تحلیل مقدماتی ساحوی را اجرا بدارید.

ترکیب ارقام

تحلیل ارقام

تهیه راپور مقدماتی به شمول خلاصه ارقام نتایج و سفارشات آن طرح پلان عملیاتی برای دریافت راه حل

ارایه راپور مقدماتی به پالیسی سازها (مجالس مابعد المرور)

تهیه راپور نهایی :

تعقیب کار :

- توزیع خلاصه اجرایوي مخصوصاً درجاهای که سروی شده است.
- وارسی فعالیت های رویدست گرفته شده (سفارشات)
- تعین تاریخ دیگر مرور بعدی مراقبت های صحی اولیه

بخش دوم

سویه ملی

مقدمه

درسویه ملی مرور مراقبت های صحی اولیه از همه اولتر شامل جمع آوری مطالعه ارقام دست داشته قبل از جمع آوری ارقام ساحوی میباشد. جهت تکمیل مرحله آمادگی باید دو نوع معلومات جمع آوری و تحلیل گردد: اولی آن عبارت از ارقام کمی (quantitative) بوده که باید بصورت جداول و گراف ها نمایش داده شود. این نوع ارقام برای مقاصد تحلیل احصایوي خیلی مناسب بوده وبه سهولت به اطلاع و آگاهی افراد علاقمند رسانیده شد می تواند. اما بهر حال این ارقام شاید در اکثر موارد به آن سویه موجود نباشد تا به سوالات که مرور مطرح بحث قرارمیدهد پاسخ بدهد، وحتی آن ارقام در دست رس قرار دارد از کیفیت خوب بر خوردار نبوده که بدرد بخور حساب شود.

به غرض تحقیق و تدقیق پرابلم های پلان کذاري و تطبیق پروگرام های صحی اولاً با افراد که از همه بیشتر به اوضاع تسلط بوده باید مصاحبه نمود. البته ارقام کیفی (Suljective) که ازینگونه افراد بدست می آید شاید از نگاه تحلیل خیلی مفید باشد. اما بهر حال چون کدام علی البدل دیگر وجود ندارد. ناگزیر از آن باید استفاده نمود یا اجرای یك مصاحبه که معلومات مطلوب را بدست آورده میتواند یك هنر میباشد. ازینرو اولاً در مورد هر سوال سلسله مراتب آن باید عمیقاً فکر شود. و بعداً نحوه طرح سوال از اهمیت خیلی زیاد برخوردار بوده تا اینکه به سادگی جوابات مطلوب از طرف مقابل بدست بیاید. چون ارقام کمی و معلومات Subjective از منابع مختلفه حاصل می شود بنابران منابع آن باید یادداشت شود. تا در صورت ضرورت به آن مراجعه دوباره شده بتواند. علاوتاً اسناد اولی که از آن این ارقام استخراج گردیده باید در دست رس قرار داشته تا در صورت لزوم تمام اعضای تیم مرور از آن استفاده نموده بتوانند. اگر یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه مثلاً واکسیناسیون در اواخر نزدیك ارزیابی شده باشد درینصورت ضرور نیست آن را دوباره شامل مطالعه تفصیلی مراقبت های صحي اولیه نمود. در عوض اگر در جریان ارزیابی در مورد پروگرام واکسیناسیون سفارشات ارایه شده باشد درین صورت تیم مرور آنرا تحت بررسی قرار اداده تا معلوم شد که این سفارشات تا چه اندازه مورد تطبیق قرار گرفته است. اگر بعضی ویا یك تعداد ازین سفارشات عملی نشده باشد دلایل آن مورد بحث قرار گرفته و در مورد تغییر ویا تعدیل سفارشات پیشنهادات جداگانه ارایه شود.

این قسمت مرور اصولاً توسط افراد که مسؤول سازمان دهي مجموع پروسه مرور میباشند پیش برده شده و قبل از تجمع اعضای تیم اجرا مي شود. به منظور مرور مراقبت هاي صحی اولیه یك مقدار زیاد معلومات باید جمع اوری شده و تحت بررسی قرار بگیرد ازینرو برای اینکار اختصاص وقت کافی ضروری میباشد برای اجرای آن اقلاً یك شخص به شکل همه وقته مؤظف اجرای آن باید شود. نتیجه این مرحله راپوری است که بر مبنای معلومات دست داشته وضع سیستم مراقبت هاي صحی اولیه ویك سلسله سفارشات در مورد بعضی موضوعات خاص تهیه گردیده است.

۱- دور نمای معلومات

حصول معلومات به غرض رهنمایی اعضای تیم وسایر افرادی که در شرایط اجتماعي دموگرافیك و خصوصیات اداري و معیارات صحی ضروری اشنایی نداشته باشند، خیلی ضروری پنداشته مي شود. برای اینکار نتایج مرور های قبلی مراقبت هاي صحی اولیه باید به تفصیل تحت مطالعه قرار بگیرد. ارقام و معلومات به غرض مشخص ساختن میلان و تغیرات سالانه درامی چند سال اخیر اکر موجود باشد، باید جدول بندی شود. ارایه گرافیك ارقام همیشه کار مفید بوده زیرا چندین معیارصحی در عین گراف شامل ساخته شده می تواند. لاکن در هر صورت گراف ها باید بشکل ساده ترتیب شود تا به سهولت تغبیر و تغیر شده بتواند. منابع تمام ارقام باید در پاورقی صفحه تذکر داده شود. به غرض تشخیص پرابلم گروپ های معروض به خطر ویا آنهای که دست رسی کمتر به خدمات صحی دارند باید ارقام منطقوی وحتی ولایتی ضروری میباشد.

ادارات صحی و اداری :

در نقشه های جغرافیایی ساحات که تحت مطالعات و سروي قرار می گیرد باید نشانی شده به دست رس ادارات صحی و اداری گذاشته شود.

نفوس

در یك جدول نفوس عمومی مملکت و نفوس مناطق مختلفه برای سروي باید تهیه شود. همچنان ترتیب هرم نفوس بغرض نمایش توزیع گروپ های سنین به تفریق جنس خیلی مهم میباشد (شکل-۱) بر علاوه گروپ های سنین بهتفریق ولایت و ولسوالی استفاده شده همزمان به آن بغرض مقایسه تسهیلات صحي در سویه های ولایتي جدول های خاص ترتیب شود. ارقام سر شماری نفوس در دفاتر احصایه مرکزي اکثراً موجود میباشد.

شکل اول هرم

شکل – ۱ : نمونه هرم نفوس (شانگهای، چین)

معیارات صحی

اگر درین مطالعه از معیارات استراتیژی صحی ملی به غرض تحقق صحت برای همه استفاده شده بتواند، بهتر خواهد بود. اما از معیارات دیگریکه بحال و شرایط این مطالعه مناسب باشد نیز استفاده بعمل آمده می تواند. (جدول ۷) در جمع آوری این مطلب مهم است تا میلان ارزش های ولایتی یا منطقوی در آن انعکاس یافته بتواند (جدول – ۸) البته تفاوت های که در بین مناطق در جریان مطالعه به مشاهده مي رسد نیز مورد بررسی و مطالعه قرار میگیرد. مثلاً اگر کدام تفاوت متبارز دربین میزان وفیات اطفال بین دو منطقه دهاتی و شهری بملاحظه رسید درین صورت آنرا تحت مطالعه قرار گرفته و روي آن تعمق و تفکر شود.

سفارت مطالعه قبلی مراقبت هاي صحی اولیه

اگر قبلاً روی وضع مراقبت های صحی اولیه کدام مطالعه صورت گرفته باشد یك راپور خلص حاوی سفارشات عمده‌ء آن ترتیب گردد. این راپور همچنان آن سفارشات را مورد تعقیب قرار داده و آنهاي را که اجرا نشده مطالعه مینماید. علاوتاً در جلسه مشترك با اعضای تیم مطالعاتی قبلی روی عوامل مختلفه بحث نموده چرا بعضی از سفارشات عملی و برخی دیگرغیر عملیباقی مانده است. این روش تیم مطالعاتی موجوده را از تکرار سفارشات که جنبهء عملی آن کمتر است به حضر میدارد.

جدول -۷- مثال معیارات صحي ملی

معیارات	سال ها ۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰
میزان وفیات عمومی میزان تولدات میزان وفیات اطفال میزان وفیات ۱ - ٤ ساله میزان وفیات مادران درجه سواد : - مردان - زنان				

جدول- ۸

مقایسه معیارات صحی منطقوی وولایتی

منطقه یا ولایت	میزان ناخالص تولدات		میزان ناخالص وفیات		وفیات اطفال کمتر از یك ساله	
	شهری	دهاتی	شهری	دهاتی	شهری	دهاتی
A B C D E وغیره						

رویداد های مهم در تطبیق مراقبت های صحی اولیه

به غرض تکمیل مطالعات دورنمایی مراقبت هاي صحی اولیه نمایش بعضی از رویدادهای مهم در انکشاف سیستم مراقبت هاي صحی خیلی مهم و ضروري میباشد مثال اینگونه رویدادها عبارتند از: تشکیل یك شورای صحی ملی و تشکیل کمیته صحی بین سکتوری، توجیهه اعضاي پارلمان، تعدیل تشکیلات وزارت صحت عامه، تطبیق روحیه عدم تمرکز، تغیرات در قانون گذاري، تعدیلات در نصاب تغیرات درتعلیمات نرسنگ وغیره وغیره مثلاً تأسیس کادرهاي صحی کارگران صحی جمعیت وغیره میباشد.

۲- پالیسی صحی، تشکیلات ومنابع

برای تیم صحی مسؤول، بررسی مناسبت پالیسی و موثریت تشکیلات صحي ومنابع صحی در تطبیق مراقبت هاي صحی اولیه به سویه ملی ضروری میباشد. علاوتاً بعضی از پرابلم ها و مشکلات که مانع تطبیق مراقبت های صحی اولیه میشود، باید شناسایی نماید. منابع عمده اینگونه معلومات عبارت از دفاترآمرین باصلاحیت تصمیم گیری مثلاً معین وزارت و رئیس امور صحی وزارت صحت عامه و مدیران عمومی پلان وبرنامه ریزی در سایر وزارت های خانه های سکتوری میباشد. تیم مطالعاتی معلومات مورد نظر خود را از طریق مصاحبه و مطالعه اسناد بدست می آورد.

پالیسی صحی ملی

در ابتدأ بعد از تعین پالیسی ملی صحی مطالب که عبارت از موجودیت کمیته صحی ملی برای طرح پالیسی، ترتیب اعضای آن وطبیعت عوامل عمدهء مثلاً عوامل اپیدیمیالوجیك، گروپ های فرعی نفوس معروض بخطر و عدم تساوی در دست رسی به عرضه خدمات صحی در نظر گر می شود.

تیم مطالعاتی همچنان سعی نماید تا رهنمود های پالیسی اگر کدام اسناد رسمی ویا قانونی وجود داشته باشدآنرا دریافت نماید واینکه درمرد مطالب زیر کدام پالیسی ملی وجود دارد:

* مساوات در عرضه خدمات (دست رسی عمومی به خدمات صحی به اساس نیازمندی)
* پوشش خدمات صحی
* وقایه صحت و تقویت صحت خوب
* فعالیت های چندین سکتوری به ارتباط صحت
* پالیسی عدم تمرکز اداره پروگرام های صحی
* تقویه خدمات زیربنایی
* اشتراك مساعی جمعیت

سهم گیری سایر سکتور در صحت

پالیسی و پروگرامهای یك تعدادسکتور ها از قبیل زراعت، تعلیم و تربیه، اطلاعات و کلتور به مثابه رکن عمده پروسه انکشاف عمومي بالای صحت مردم تأثیر به سزایی دارد. این پالیسی شاید کدام اهداف خصوصی صحی نداشته باشد. معهذا دارای تأثیرات در وضع سطح صحت مردم باشد که شاید سکتور صحت به تنهایی خود نداشته باشد. بصورت مثال استراتیژی ملی مجادله علیه غربت بالای صنعتی شدن، شهر سازی، بهبود سطح سواد آموزي زنان، بلند بردن سطح استخدام روستایی و کنترول قیم مواد غذایی تاکید مي ورزد. که هیچگونه ربط مستقیم به سکتور صحت عامه ندارد اما طوریکه هویداست بالای سویه صحت مردم تأثیرات اجتناب ناپذیر مثبت ویا منفی رادارد.

درین مورد چنین سفارش شده که جواب این سوال بغرض حصول معلومات ضروری از سایر سکتور ها جمع آوری شود. همچنان اسم و موقف رسمی افرادی را که درین قسمت با شما همکاری میکند یادداشت کنید.

* آیا شما از اهداف جهاني صحت برای همه تا سال ۲۰۰۰ اطلاع و آگاهی دارید؟ اگر پاسخ بلی باشد سهم سکتور شما در جهت دستیابی به این اهداف چه خواهد بود؟ مثلاً آیا کدام پروگرام درین مورد انکشاف یافته است (توضیح بدهید که این پروگرام چه بوده و برای کیست) آیا این مساعی یك توجیهه مجدد ویا تقویه ارکان موجوده پروگرام میباشد؟ اگر چنین نباشد آیا سکتور مربوط شما کدام سهمی در جهت بهبود وضع صحی نفوس گرفته است؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید).

* آیا درمرحله پلان گزاري سکتور مربوط خود جوانب صحی آنرا نیز در نظر می گیرد؟ (اگر چنین باشد پس با یك مثال آنرا توضیح بدهید) آیا در جریان پلان گذاري شما مشورت های از مقامات صحی تقاضا نموده اید؟

اگر چنین کمك را تقاضا نموده بودید ایا به اخذ آن نایل آمده اید؟ اگر جواب بلی باشد آیا کدام مثال واقعی داده می توانید ونیز بگویید که آنرا از کجا دریافت نموده اید؟

* اکر شما از وزارت صحت عامه کمك نگرفته اید (ویا نمی گیرید) دلیل آن چیست؟ (شاید یك دلیل موجود باشد که که این پروگرام دارای تأثیرات صحی نبوده ویا از وزارت صحت عامه صرف وقت تقاضای کمك شود که پروکرام با سوال با پرابلم طبی مواجه شده باشد)

* آیا کدام سفارش برای ایجاد روابط ویا بهبود ارتباطات با وزارت صحت عامه دارید؟ اگر جواب بلی باشد در کدام ساحه و در جریان کدام مرحله پلان گذاری (در سکتور معینه شما) خواهد بود؟ آیا شما عقیده دارید که وزارت صحت عامه به اهداف پلان های سکتوری شما کمك کرده می تواند؟ اگر جواب بلی باشد لطفاً توضیح بدارید.

سوالات اضافی به ارتباط مسایل صحی در سایر سکتور مطرح شده و ویزیت های ترتیب شود تا جوابات آنرا بدست آورد. البته پاسخ این سوالات اکثراً از پالیسي سازهای مربوطه اخذ می گردد. موضوعات مورد بحث و علاقه قرارذیل خواهد بود.

وزارت تعلیم وتربیه

بصورت عمومی تعلیم و تربیه در ساحات زیر دارای اهداف صحی میباشد:

۱- تعلیم وتربیه صحی به صفت یك مضمون در مکاتب.

۲- عرضه خدمات صحی در مکاتب. توزیع غذای رایگان وغیره.

۳- محیط مکتب به صفت یك محیط صحی از نگاه تهیه آب وحفظ الصحه.

٤- عطف توجه به گروپ هاي خاص نفوس مخصوصاً به دسته های افرادآسیب پذیر.

برای تحلیل رول سکتور تعلیم و تربیه شما شاید علاقمند به ارایه سوالات زیر خواهید شد:

* آیا شما کدام عنوان خاص اطلاعات صحی / تعلیم وتربیه صحی در نصاب درسی مکاتب خود دارید؟ آیا این مطالب به اولویت های صحی مملکتی در توافق قرار دارد؟ (اگر جواب بلی باشد پس آنرا توضیح بدهید) آیا وزارت صحت عامه شما در انکشاف مفردات درسی تعلیمات صحی کمك نموده است؟ آیا کدام پروگرام تربیوي معلمین در تعلیمات صحی بوده است؟

* در مکاتب شما کدام ستاندرد صحت محیطی تأمین شده است؟ مثلاً تهیه آب مشروب صحی ویا تعمیر بیت الخلاء های صحی؟ آیا کدام نوع خدمات صحی برای مکاتب خود عرضه میدارید؟ مثلاً معافیت، غذای نیمه روزه برای اطفال تعلیم و تربیه در کمك های اولیه، تربیه در امور بدنی، معاینات صحی دوری بغرض کشف معیوبیت ها وغیره؟ آیا در موارد فوق الذکر کدام فورم و ستاندرد وجود دارد؟ آیا این نورم ها توسط کدام کسان کار انداخته شده؟ آیا توسط وزارت تعلیم وتربیه یا به همکاری مشترك وزارت خانه های تعلیم و تربیه و وزارت صحت عامه ویا به تنهایی توسط وزارت صحت عامه؟

وزارت زراعت

وزارت زراعت نیز دارای تأثیرات منفی و مثبت بالای صحت میباشد مثلاً توسعه پروژه های زراعتی سطح استخدام را بالا برده عاید را افزایش داده و امکانات عرضه مواد خوراکه تغذی را بیشتر ساخته که این همه تأثیرات مثبت پروژه های زراعتی میباشد. در عین زمان تأثیرات منفی ناشی از پروژه های زراعتی نیزموجود بوده میتواندمثلاً استفاده از مواد کیمیاوی حشره کش سوالات زیر در موردپروژه زراعت اکثراً مورد پرسش قرار می گیرد:

* آیا سو تغذی یکی از اولویت های صحی در مملکت میباشد؟ اگر جواب بلی باشد کدام دسته از مردم بیشتر از همه متأثر شده و در کجا زندگی میدارند؟ آیا سکتور مربوط شما تدابیر خاص را در جهت

حل این پرابلم ها روی دست گرفته است؟ (اگر جواب بلی باشد توضیح بدهید) آیا شما کدام فعالیت خصوصی در جهت نیل به کدام اهداف خصوصی اتارگیت) رویدست دارید؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید) آیا این فعالیت تنها توسط وزارت زراعت پیش برده می شود؟ اگر جواب نه باشد پس کدام وزارت خانه ویا سکتور در پیش برد کدام فعالیت با شماهمکاری مینماید؟

* آیا شما کارگران را در ساحه صحت تربیه میدارید؟ (اگر جواب بلی باشد پس ساحه فعالیت آنها را توضیح بدارید؟ آیا پالیسی شما در قسمت توسعه حاصلات زراعتی چیست؟ توسعه حاصلات قابل فروش ویا حاصلات که به صفت غذای روزمره از آن استفاده بعمل آید. آیا در مملکت کدام پالیسی قیمت گذاری مواد خوراکه موجود است؟ آیا کدام پروگرام در جهت توسعه استفاده از مواد حشره کش موجود است؟ اگر جواب بلی باشد چطور آنرا تحت کنترول آورده اید؟ آیا پروژه های آبیاری برای بعضی قسمت انکشاف یافته است؟ اگر جواب بلی باشد پس با تأثیرات صحی آن چطور معامله و برخورد صورت گرفته است؟

وزارت خانه های صنایع مسکن و محیط :

سکتورهای که با مسایل محیط زندگی سر و کار دارند مثال دیگریست که درین مطالعه باید مورد غور و بحث قرار بگیرد. بعضی سوالات که از مسؤولین آن پرسان شود به قرار ذیل ترتیب شده است:

* آیا قوانین صحی در مورد منابع که باعث ملوثات محیطی می شود وجود دارد؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید) آیا کدام سیستم سرویلانس برای ملوثات محیطی وجود دارد؟ اگر جواب بلی باشد توضیح بدهید) آیا قوانین صحی برای کارکران صنایع وجود دارد؟ آیا برای فامیل نادار پروگرام خاص خانه سازی وجود دارد؟ ایا کمك هزینه اقتصادی برای مردمان نادار وجود دارد تا ایشان خانه سازی نمایند؟ آیا شما و وزارت صحت عامه روی موضوعات فوق باهم مشورت مینمایید؟ آیا شما با وزارت های دیگر درین زمینه همکاری دارید؟ اگر چنین باشد پس باکی و چطور؟

وزارت اطلاعات و کلتور :

اگر قرار بر این باشد که از توانایی هاي این وزارت بصورت موثر استفاده بعمل بیاید پس باید این وزارت خانه یك نقش عمده و قوی در راه حل پرابلم های صحی بازی نماید.

به غرض تحلیل وضع فعلی سوالات زیر باید پرسان شود :

* پرابلم های عمده ء مملکت کدام است؟ کدام گروپ ها بیشتر از آن متأثر شده اند (گروپ سنین، منطقه جغرافیایی، شهری) ؟ آیا شما پروگرام را جهت بلند سطح آگاهی مردم طرح نموده اید؟ اگر چنین شده باشد آیا کدام مثال بالخصوص از قبیل استفاده از وسایل ارتباطات جمعی برای گروپ های معین نفوس داده می توانید؟

کدام پروگرام نشراتی صحی در رادیو و یا تلویزیون دارید؟ اگر چنین باشد در شش ماه گذشته کدام مطالب را شما پخش نموده اید؟ چند مرتبه؟ در نشر و پخش آن کدام منابع؟ (وزارت صحت عامه پوهنتون ویا سازمان های ریسرچ) شما را کمك نموده است؟ در مورد بلند بردن سطح آگاهی پرابلم هاي صحی و طرق وقایه آن از طریق اطلاعات جمعی شما پیشنهادات دارید؟

موضوع دیگر که باید بررسی شود اینست که آیا در سویه مرکزی کدام میکانیزم / بغرض انسجام و هم آهنگی وجود داشته؟ در هنگام طرح پالیسی و تنظیم پلان های ایشان مطالب صحی را به اطلاع ایشان برساند؟ برای مثال وزارت پلان به غرض تنظیم و انسجام وجود دارد ؟ آیا در هر چند وقت باید باهم ملاقات نمایند؟ آیا در پلان های خود مطالب صحی را در نظر گرفته اند؟ آیا کدام میکانیزم همکاری بین سکتوری در ساحه صحت وجود دارد ؟ آیا سازمان های دايمي انسجام دهنده در سویه های منطقوی و ولایتی وجود دارد ؟

اشتراك مساعی جمعیت

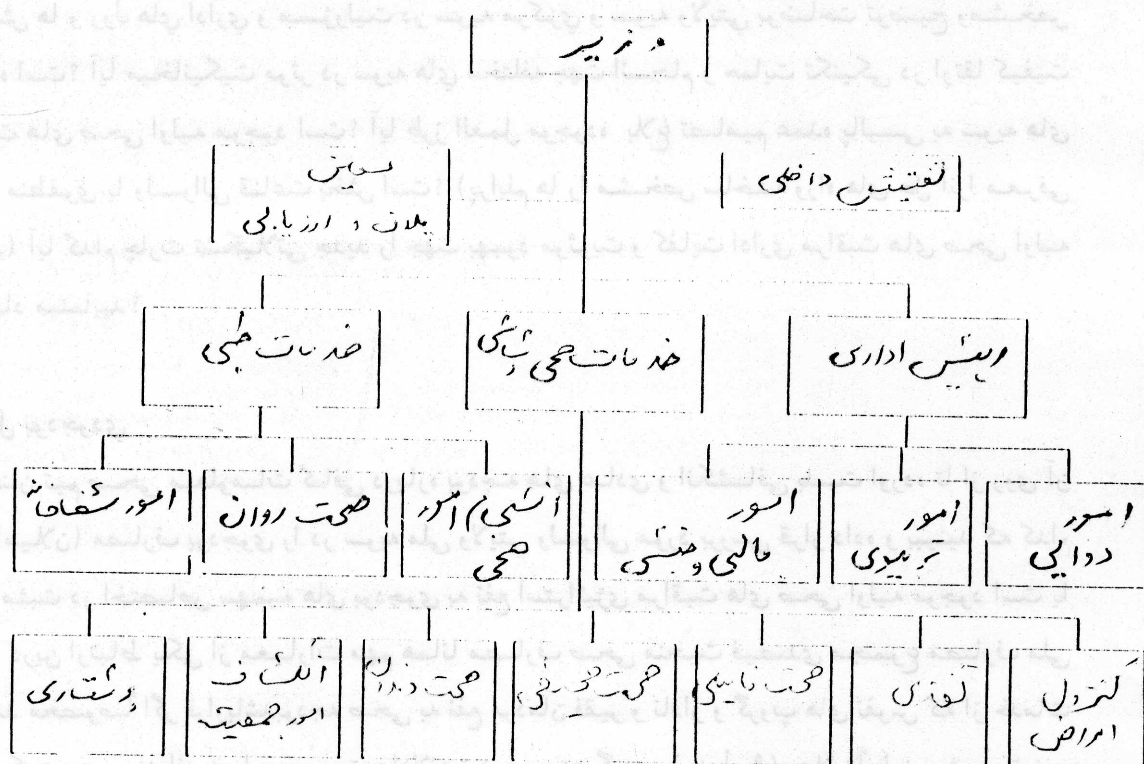
در قدم اول سعی شود تا وسعت مساعی حکومت مرکزی را در جلب همکاری مردم در طرح برنامه مراقبت های صحی اولیه و پیمانه تطبیق آن مشخص بسازید. کدام پالیسی واستراتیژی اشتراك مساعی جمعیت در مورد پلان گذاري صحی دولتی طرح و مورد تطبیق قرار گرفته است؟ آیا اولویت های صحی مردم در جمعیت در پروگرام های صحی ملی انعکاس یافته است؟

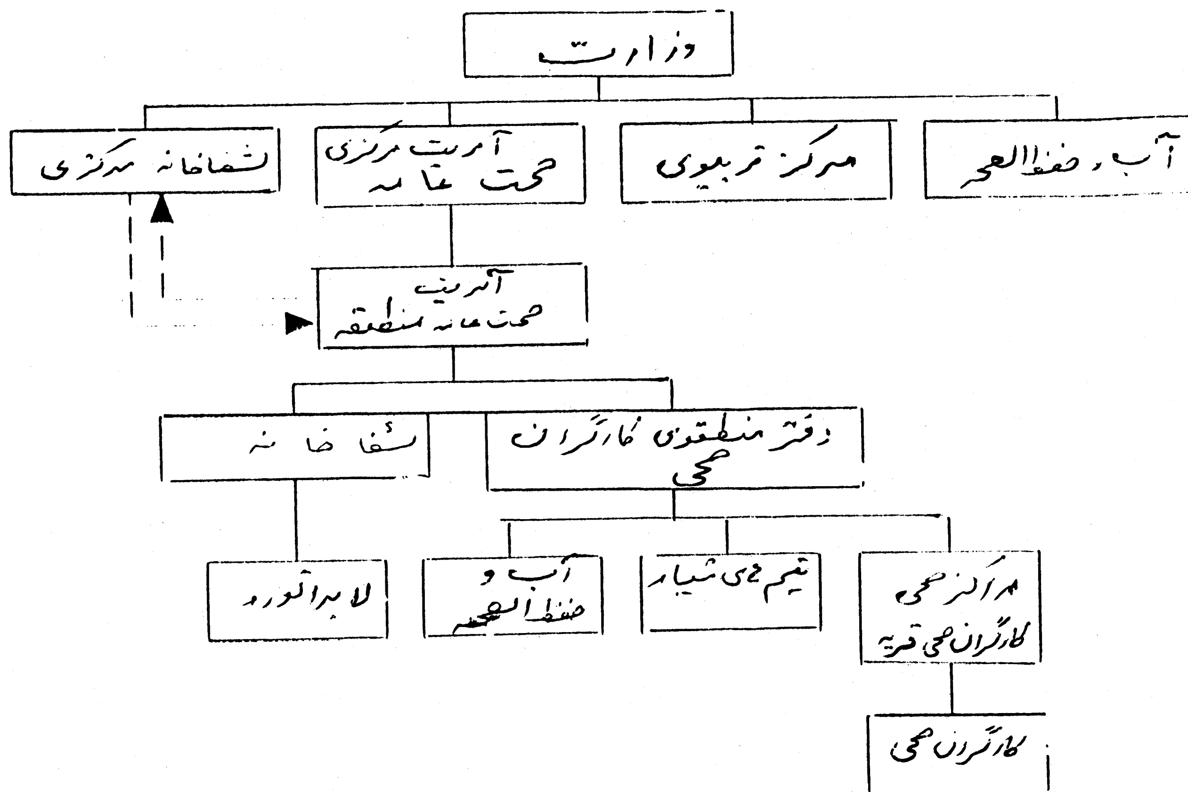
آیا مردم از طریق نمایندگانی پارلمانی خود، ارتباطات جمعی ویا اتحادیه های اختصاصي طرح پالیسی های مراقبت های اولیه را تحت تاثیر و نفوذخودآورده مي توانند؟ ایا تا حال کدام کار در جهت اخذ نظرات مردم درمسایل صحی انجام یافته است؟ وزارت صحت عامه به غرض بلند بردن سویه مسلسلی پرسونل صحی کدام پروگرام تربیوی را تدویر نموده تا ایشان به شکل بهتر با مردم در کار وپیکار صحی همکاری نمایند؟ این گونه معلومات ازطریق بحث و مذاکره یا مامورین عالی رتبه وزارت صحت عامه وسایر سکتور های ذیدخل بدست آورده می تواند.

ساختار تشکیلاتی

ساختار تشکیلاتي وزارت صحت از نگاه فراهم آوری سهولت در تطبیق پروگرام های مراقبت های صحی اولیه مورد بررسی قرار بگیرد. این موضوع شامل مطالعه تشکیلات اداری در سویه مرکزی و روابط آنها با شعبات دیگر در داخل سیستم صحت عامه و علایق آن در خارج از سیستم باسایر ادارات ذیدخل سکتوری میباشد. برای انجام این کار تیم مطالعاتی باید چارت تشکیل اداری وزارت صحت عامه را بررسی نمود و ضمیمه راپور بسازد (اشعال ۲ و ۳ ومثله یك سیستم جامع صحت عامه میباشد).

شکل -۲ - نمونه از ساختار تشکیلاتي وزارت صحت عامه





شکل -۳ - نمونه از یك سیستم خدمات صحی جامع میباشد.

آیا نقش ها و رول هاي اداري و مسؤولیت در سویه مرکزي و سویه ولایتي بوضاحت توضیح ومشخص گردیده است؟ آیا میخانیکیت موثر در سویه هاي مختلفه جهت انسجام و حمایت تکنیکی در ارتقا کیفیت مراقبت های صحی اولیه موجود است؟ آیا طرز العمل موجوده بلاغ تصامیم عمده پالیسی به سویه های اداری منطقوی یا ولسوالی قناعت بخش است؟ (پرابلم ها را مشخص ساخته وراه های حل آنرا معرفی بدارید) آیا کدام چارت تشکیلاتی جدید را جهت بهبود موثریت و کفایت اداری مراقبت های صحی اولیه پیشنهاد مینمایید؟

مسایل بودجودی

همچنان تیم صحی معلومات کافی درباره بودجه های عادی و انکشافی بدست اورده تا از روی آن تمایل(میلان) مصارف بودجوی را در سویه ملی ولایتي ولسوالی مورد بررسی قرار داده و ببینید که کدام تغیر مثبت در اختصاص سهمیه های بودجوی به نفع استراتیژی مراقبت های صحی اولیه موجود است یا خیر؟ درین ارتباط یکی از معیارات مهم همانا مصارف صحی منحیث فیصدی مجموع مصارف ملی میباشد مخصوصاً اگر قرارباشدبودجه صحی به نفع مردمان فقیر و نادار و گروپ های نفوس که از خدمات صحی کمتر بهره مند اند دوباره بصورت عادلانه توزیع مجدد گردد. (جدول ۹). علاوتاً طرز و شیوه توزیع مجدد منابع مالی را به نفع مراقبت هاي صحی اولیه خصوصاً برای گروپ های آسیب پذیر مورد بررسی قرار بدهد. علاوتاً تیم تدابیری را که جهت تقویت منجمنت اتخاذ نموده تحت مطالعه قرار بدهید.

جدول -۹- که مصارف بوجودی ملی را در طول پنج سال گذشته نشان میدهد.

وزارت	۱۹۰۰		۱۹۰۰		۱۹۰۰		۱۹۰۰	
	کمینی ب/	حقیقی ب/	کمینی ب/	حقیقی ب/	کمینی ب/	حقیقی ب/	کمینی ب/	حقیقی ب/
صحت								
آموزش و پرورش								
دفاع								
زراعت								
اطلاعات								
وغیره								
مجموع بودجه								

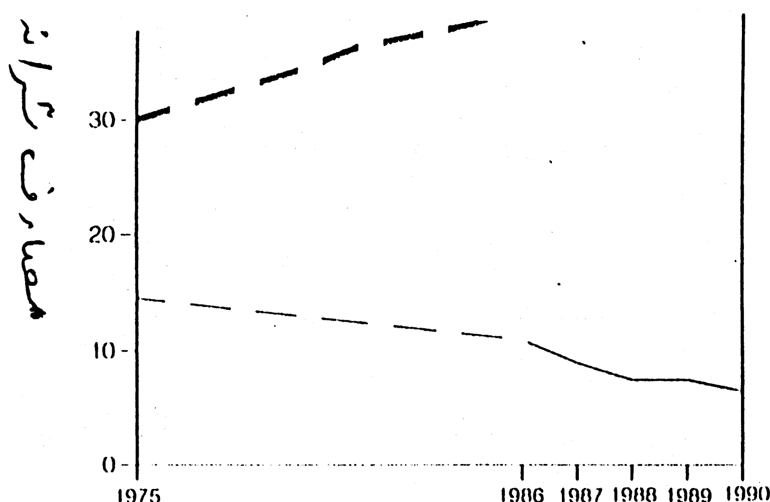
صحت عامه دستیاب شده مي تواند! اگر ارقام مصارف مالی برای چندین سال بدست آمد آنرا در روی گراف ترسیم و ارایه داشته تا بوضاحت ملاحظه شود که میلان مصارف مالی در جریان سالهای گذشته از چه قرار بوده و مهم تر از همه به نفع مراقبت های صحی اولیه چه نوع تغیرات مثبت در آن به ملاحظه میرسد. در قدم اول تناسب بودجه صحی ملی را به مقایسه سایر سکتورها مطالعه نموده و در مرحله بعدی سهم مراقبت های صحی اولیه را به تناسب سایر پروگرام های معالجوی وقایوی و تقویتی در داخل بودجه وزارت صحت عامه مورد بررسی قراربدهید. علاوتاً توزیع بودجوی را به ارتباط سویه عرضه خدمات صحی (ولسوالی ولایتی وغیره) تحت مطالعه قرار داده تا دیده شود که بین سهمیه بودجوی تخصیص داده شده و نفوس که از خدمات صحی آن استفاده مینمایند کدام تناسب منطقي وجود دارد.

شیوه مصارف بودجه عادی

در مجموع بودجه وزارت صحت عامه معاشات پرسونل به کدام تناسب بوده و به کدام تناسب مصارف تهیه و تدارك وسایل و لوازم قراردارد. آیا این تخصیص بودجوی بیانگر یك توزیع عادلانه بودجوی در مورد مراقبت های صحی اولیه بوده می تواند یا خیر. اگر مصارف بودجوی منطقوی را در روی یك نقشه انعکاس بدهید یك نظر کلی از توزیع عادلانه سهمیه هاي بودجوي پیدا و تفاوت های موجودرا بخوبی ملاحظه نموده می توانید (جدول ۱۱) علاوتاً تخصیص بودجوی را در هر پروگرام در داخل سیستم صحت عامه را (مثلاً بودجه حمایه طفل و مادر) مطابق به عرضه خدمات صحی در نظر بگیرید.

جدول ۱۰- تمایل مصارف بودجوي بالای فی نفر در جریان پنج سال گذشته

منطقه:	۱۹--	۱۹--	۱۹--	۱۹--	فیصدی تغیر ۱۹-- نظر به ۱۹--
الف					
ب					
ج					
د					
وغیره					



شکل -٤- مصارف بودجوی سالانه

تیم صحی مراحل تهیه بودجه را تحت مطالعه قرار داده وسعی نماید که به مطالب زیر جواب مطلوب پیداکند:

- کی صلاحیت تغیر فصل و باب بودجوی را دارا میباشد؟
- کی در منظوری مصارف مالی صلاحیت دارد؟
- کدام مقام صلاحیت تهیه و تدارک مالی را از منابع خارجی دارد.

این همه معلومات باید به تفکیک سویه عرضه خدمات صحی (ریاست امور صحي، ریاست های طب معالجوی، وقایوی، آمریت های صحت عامه ولایات وغیره) باید تضیف و توضیح گردد. پالیسی حکومت در مورد بسیج منابع مالی جمعیت بالای صحت چیست؟ آیا کدام سیستم اجرت در مقابل خدمت طبی وجود دارد؟ اگر موضوع چنین باشد آنرا توضیح بدارید. آیا کدام مطالعه اختصاصی در مورد قدرت پرداخت اجرت خدمات طبی وجود دارد؟

جدول-۱۱- این جدول مصارف بودجوی را در پنج سال گذشته به تفکیک منطقه نشان میدهد.

منطقه :	۱۹—	۱۹—	۱۹—	۱۹—	فیصدی تغییر ۱۹— نظر به ۱۹—
الف :					
ب :					
ج :					
د :					
وغیره					

انکشاف منابع خارجی

اکثر ممالك روبه انکشاف منابع مالی خود را به شکل کمك های بلاعوض و قرضه های نرم و طویل المدت برای انکشاف خدمات صحی دریافت میدارند. اما این منابع مالی نادراً در بودجه های مالی وزارت های صحت عامه در پروسه انکشاف صحی ملی انعکاس داده می شود. مضاف برآن روش بعضی از ادارات کمك دهندهء خارجی چنین است که منابع محدود ملی را (از قبیل قوای بشری، وقت وغیره) که در بکار انداختن اولویت های صحی ضروري است از سیستم صحت عامه خارج ساخته آن به نفع خود استفاده مینماید.

مطالعه مراقبت های صحی اولیه یك فرصت خوب نه تنها برای تکمیل ونوسازی ارقام حاصله از وزارت های مالیه و پلان میباشد بلکه همه جوانب علاقمند را ضرورت یك سیستم مدغم پلان گذاری ملی مطلع میسازد. طوریکه معمول است یك مقدار معتنابه کمك های خارجی به شکل جنس (ادویه، ترانسپورت، فیلوشب کمك های تکنیکی وغیره) برای یك پروژه خاص تهیه گردیده درینصورت سعی مي شود تا همه این کمك ها به ارقام مالی ترجمه شده تا در امور پلانگذاری سهولت عاید گردد. در محلات که سکتور خصوصی در عرضه خدمات صحی کمك مالی مینماید نیز ارقام مربوطه آن هابایدنیز بدست بیاید (جدول ۱۲)

جدول-۱۲- این جدول کمک های خارجی را در سکتور صحت عامه به تفکیک ساحه مورد نیاز نشان میدهد.

دونورها	هدف	پوشش	مقدار پول	نحوه کمک
۱- حکومت ها: - ناروی - سویدن ۲- موسسات [illegible]: - سازمان ملل [illegible] - یونیسف [illegible]:	کمک تخنیکی در بنا [illegible] [illegible] ادویه	شفاخانه ملکی صحت دهاتی شفاخانه های [illegible]		بلاعوض قرضه

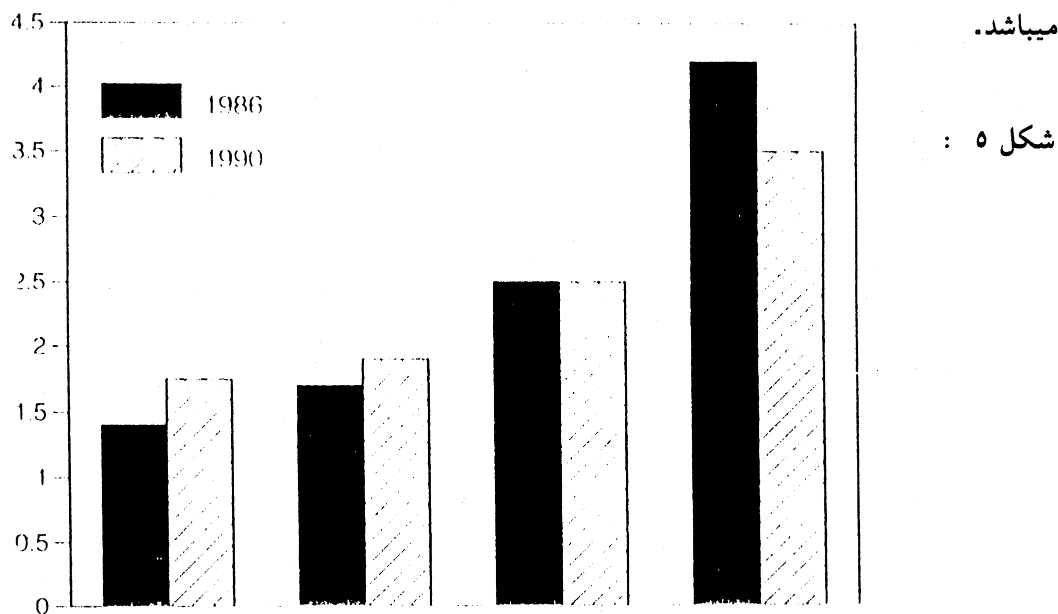
[illegible] فورم [illegible] مناسب [illegible] و کارمندان صحی متفاوت سود بلکه فکتورهای که عبارت از تفاوت های بین دو منطقه میباشد مثلاً مشخصات جغرافیایی، فاصله راه پیمایی، تکاثف نفوس وغیره نیز در نظر گرفته می شود. همچنان معلومات راجع به تغییرات و تبدلات منظم پرسونل جمع آوری شود و معلومات راجع به توزیع گذشته وموجوده پرسونل در مناطق در وزارت صحت عامه باید موجود باشد.

میزان فرسایش (Attrition) پرسونل و روحیه کارپرسونل از جمله مطالب دیگریست که درین مطالعه درنظر گرفته میشود. تاجاییکه به میزان کاهش ارتباط می گیرد، ارقام مورد نیاز مربوط به پرسونل از دفتر پرسونل و استخدام بدست آمده می تواند. اگر Attrition زیاد باشد آیا این فرسایش مربوط بیك کتگوری پرسونل است ویا به تمام کتگوری ها پرسونل دارد؟ ایا در مورد کدام دلیل واضح وجود دارد؟ آیا کدام اقدام خاص در زمینه اتخاذ شده می تواند (جدول ١٦) مصاحبه کننده ها در جریان مصاحبه باید از پرسونل عالی رتبه پرسان کنند که انگیزش پرسونل کافی است ویا چطور؟ آیا یك تعداد پرسونل تربیه یافته بدون کار هستند؟ آیا تعداد از پرسونل تربیه یافته در جستجوی کار در ساحات دیگر میباشند؟ آیا مشوقات مالی برای جلب پرسونل جهت استخدام در ساحات پر مشقت وجود دارد؟

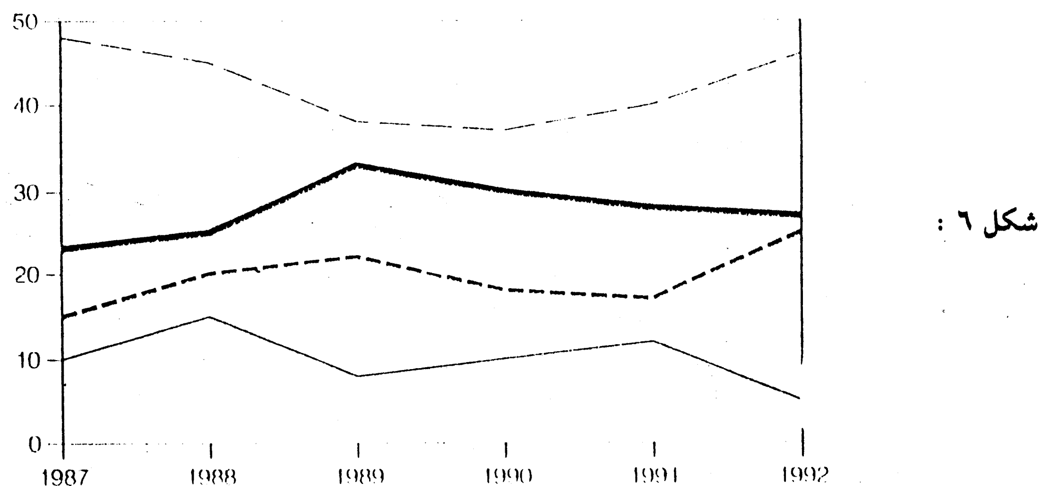
آیااین فرسایش شامل تلفات جریان تعلیم و تربیه ابتدایی نیز میباشد؟

بغرض ایجاد سهولت در بررسی تیم های مطالعاتی باید تمام پرسونل صحی به تفکیک مؤسسات استخدام کننده، تقسیم جغرافیایی و سویه عرضه خدمات صحی باید در یك یا چندین جدول ارایه گردد. البته ترتیب یك جدول اگر نمایش گر فرسایش باشد نیز خالی از فایده نخواهد بود. در جاهای دیگر توزیع پرسونل در موسسات و مناطق مختلف بصورت گرافیك نیزترتیب یافته می تواند مثال اینگونه نمایشات اشکال ۵ و ٦ میباشد.

شکل ۵ :



شکل ٦ :



جدول ۱۴- نورم استخدام پرسونل در تسهیلات صحی

کتگوری پرسونل	شفاخانه ولایتی	شفاخانه ولسوالی	مراکز صحی اساسی	مراکز صحی فرعی	پوسته های صحی
داکتر					
دندان ساز					
وغیره					
جمع کل					

درجریان سروی ساحوی تیم های مطالعاتی تعداد حقیقی پرسونل را درهریک از تسهیلات صحی با نورم های موضوعه مقایسه نموده ودرنتیجه سفارشات لازمه را ارائه میدارد.

جدول ۱۵ : این جدول توزیع پرسونل به اساس سویه عرضه خدمات صحی نشان میدهد

کتگوری های پرسونل	سویه اول			سویه دوم			سویه نهایی		
	۱۹۰	۱۹ـ	۱۹ـ	۱۹۰	۱۹۰	۱۹ـ	۱۹۰	۱۹ـ	۱۹ـ
طبیب									
دکتر دندان									
معاون طبی									
نرس									
قابله									
روغتیاپال									
فارمسیست									
تکنیشن لابراتوار									
رضاکار صحی									
دایه محل									

جدول ۱۶ : این جدول میزان فرسایش را به تفکیک کتگوری های مختلفه نشان میدهد

(ترجیحاً برای یک دوره ۶ - ۱۰ ساله ترتیب میشود)

کتگوری های پرسونل	۱۹..	۱۹..	۱۹..	۱۹..	۱۹..	۱۹..	اسباب عمده
داکتر طب							
داکتر دندان							
وغیره							

تعلیم و تربیه پرسونل

در تحت این عنوان صرف فهرست تعداد کورس هاي تربیوي یا تعداد داخله هر یك از کورس ها کافی نبوده بلکه در عین حال باید ساحات پیشرفت کار و موانع عایده را در مقابل اجرای کار را نیز باید بررسی نمود. تا در برابر آن تدابیر اصلاحي رویدست گرفته شود. در بررسی مکمل باید یك عده مساعی از قبیل : مرور اسناد دست داشته مصاحبه با مسؤولین امور بازدید های موسسات تربیوی نیز صورت بگیرد. **مطالب مورد سوال ذیل میباشد:**

۱- پالیسی ملی در مورد تربیه کادر های پرسونل صحی چیست؟
۲- آیا ظرفیت تربیوي هر یك در پروگرام های تربیوی (مکاتب) کافی است؟
۳- منحیث جزء ازپلان ملی مراقبت های صحی اولیه آیا کدام پروگرام تربیوی شروع شده است؟
٤- آیا پروگرام های تربیوی به غرض تربیه پرسونل در مهارت های اختصاصی مورد احتیاج تعدیل ویا تغیر یافته است؟
٥- آیا تعداد فارغ التحصیلان پروگرام های تربیوي نیازمندی های مؤسسات و پروگرام های صحی را مرفوع ساخته می تواند؟
٦- کدام فیصدي پرسونل نیازمند تربیه اختصاصی میباشد مثلاً واکسیناسیون کنترول امراض ساری وغیره) واقعاً از آن مستفید شده اند؟
۷- آیا به ارتباط اولویت های پالیسی مراقبت های صحی اولیه تجدید نظر ویا تعدیل گردیده است؟
۸- اگر چنین نشده باشد پس کدام نصاب تعلیمی تغییر یافته است؟
۹- آیا کدام میکانیزم جهت تجدید نظر و تعدیل نصاب تعلیمی بنابر برخورد پالیسی مراقبت های صحی اولیه وجود دارد؟
۱۰- آیا وزارت صحت عامه در تربیه داخل خدمت پرسونل سکتور های دیگر اشتراك مساعی دارد؟

طوریکه و هویدا است تربیه مجدد پرسونل از جمله استراتیژی مهم تطبیق مراقبت هاي صحی اولیه میباشد بنابران تیم مطالعاتي سروی پروگرام داخل خدمت را طرح و موردباید تطبیق قرار بدهد.
(جدول ۱۷)

تسهیلات صحی

توزیع عادلانه تسهیلات صحی به اساس نیازمندی های صحی مردم در سراسر مملکت خیلی مهم است. این معلومات از روی مطالعه توزیع تسهیلات صحی به تفکیك منطقه بدست آمده می تواند. (جدول ۱۸) انواع تسهیلات صحی در مملکت میباشد مثلاً شمولیت تسهیلات صحی شخصی و سازمان های غیر دولتی وغیره. اگر ارقام نفوس به تفکیك منطقه موجود باشد پوشش نفوس توسط هر یك از تسهیلات صحی محاسبه شده می تواند. تیم صحی در مورد اینکه کدام یك از مناطق بصورت مشخص در آن عرضه خدمات صحی مطابق نورم ها صورت نگرفته است. اگر واقعاً وضع چنین باشد آیا کدام پلان جهت بهبود سویه **پوشش مراقبت های صحی اولیه طرح گردیده تا مورد تصبیق قرار بگیرد.**

ارایه ارقام مربوط به انواع تسهیلات صحی وتعداد آن بالای فی صد هزار (یا ده هزار) نفوس در جریان ۱۰ سال گذشته در هر دو سویه ملی و منطقوی خیلی مفید میباشد. البته این ارقام به صفت اساس معقول جهت مطالعه انکشاف سیستم خدمات صحی در سالهای گذشته قبول شده می تواند. برای مثال منابع دست داشتهء ملی بالای تسهیلات صحی اختصاصی به قسمت خدمات صحی سویه های دیگر به مصرف میرسد؟ آیا در بین کدام پالیسی واضع و روشن و جود دارد که تمام تسهیلات صحی در سویه های مختلف به صورت متناسب از منابع صحی بر خوردار می شوند؟ اگر وضع چنین نباشد پس تشریح بدهید که چرا تیم سروی باید مطالعه تحلیلی منابع را به راه بیاندازد تا اگر تفاوت های در زمینه موجود باشد بوضاحت بملاحظه برسد (جدول ۱۹ را ببینید).

جدول ۱۷ : این جدول کورس های داخل تربیوی را با تعداد شاملان آن نشان میدهد

پروگرام تربیوی پرسونل	اسم کورس تربیوی	تاریخ	محل	تعداد شاملان
۱- واکسیناسیون ۲- کنترول امراض ساری ۳- حمایه طفل و مادر ۴- وغیره				

جدول ۱۸: این جدول تسهیلات صحی حکومتی وغیر دولتی را به تفکیک منطقه نشان میدهد

منطقه	نوع	( ) سال قبل	شفاخانه	مرکز صحی اساسی	کلینیک های حمایه طفل و مادر	پوسته های صحی
الف	دولتی شخصی جمع	۱۰				
ب	دولتی شخصی جمع	۵				

معلومات اضافی ومفید برای مقاصد پلان گذاری شامل مطالب زیر میباشد:

* فیصدی نفوس که در یك شعاع (×)کیلومتری در اطراف تسهیلات صحی زندگی مینمایند.
* فیصدی نفوس که به خدمات ساحوی مراکز صحی اساس دست رسی (Access) دارند.
*فیصدی نفوس که در خارج از ساحه دست رسی تسهیلات صحی فعال زنده گی مینمایند.

در محلات که ارقام ثابت وجود ندارد بهتر است ارقام حاصله مصاحبه را شامل سروی نموده هیچگاه نظریات آگاهانه را نباید به فراموشی سپرد.

نوع تسهیلات صحی	دولتی	سازمان های غیردولتی	شخصی	جمع (٪ ۱۰۰)
شفاخانه های اختصاصی				
شفاخانه های عمومی :				

۳- منجمنت پروگرام

موضوع مهم که عبارت از مؤثریت وکفایت منجمنت مرکزی ارکان مراقبت های صحی اولیه میباشد باید در سروی تحت مطالعه و بررسی قرار بگیرد. طوریکه قبلاً نیز از آن تذکار بعمل آمد اگر یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه مثلاً معافیت کتلوی قبلاً ارزیابی شده باشد پس در ین صورت لزوم جهت ارزیابی مجددآن دیده نمی شود. لذا باید از آن صرف نظر شود. در عوض در این قسمت مرور باید معلومات اقلی ضروری را بالای ارکان عمده و مهم مرافبت های صحی اولیه باید جمع آوری شود تا مطالعه که مراقبت های صحی اولیه در پروگرام های اختصاصی چقدر مورد تطبیق قرار گرفته است. مقامات صحی مملکت در تعین پروگرام های که به تفصیل و آنهایی که بصورت خلص تحت مطالعه قرار بگیرند تصمیم گرفته که این موضوع قسماً بالای موجودیت منابع و در نهایت بالای موجودیت ارقام جدید ارتباط پیدا می نماید.

پالیسی و پلان گذاری

معلومات مورد نیاز باید از مطالعه اسناد و از طریق اجرای مصاحبه با مامورین مجرب صحي در سویه مرکز جمع آوری شود. اسناد ابتدایی که ارقام آن جمع آوری گردید باید بصورت کل بغرض مطالعه تیم سروی نگهداری شود. همچنان یك تعدا ارقام بالاثر مصاحبه با آمرین پروژه ها نیز باید بدست بیابد.
پاسخ های مناسب در برابر سوالات زیر به ارتباط پروگرام های مختلفه مراقبت های صحی اولیه نیز بدست بیاید:

- آیا یك مقام مسؤول در سویه مرکزی برای مراقبت های صحی اولیه مرجود است.؟
- اهداف عمومي و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام کدام است؟
- آیا تکنالوجی که باید مورد انتقال قرار بگیرد مشخص گردیده است.
- آیا بالای احتیاجات پروگرام به ارتباط پرسونل، تسهیلات، ترانسپورت وسایل و ترانسپورت کار صورت گرفته است؟
- آیا یك تقسیم اوقات جهت تطبیق به شمول یك پروگرام بودجوی تفصیلی و یك سیستم وارسی و ارزیابی طرح و ترتیب گردیده است؟
- میخانیکیت ادغام با پروگرام های دیگر کدام است؟

در اخیر یك توضیح مختصر در بارهء دستآوردهای پروگرام، پرابلم های عایده و پلان های مطروحه جهت معامله باین پرابلم ها نیز ارایه گردد.

نظارت پروگرام

آمرین مرکزی تماس های نظارتی را با فعالیت های که در سویه های محیطی تحت اجرا قرار می گیرد بر قرار میسازد. معلومات مورد نیاز برای مرور اوضاع توسط مصاحبه مامورین مجرب اداری جمع آوری شود کیفیت بازدیدهای نظارتی تا حدی از بعضی تسهیلات ولایتی و ولسوالی انتخابی مورد بررسی قرار می گیرد. همچنان سعی بعمل آید تا مفیدیت ویزیت مامورین مرکزی را از تسهیلات منطقوی و یا ولایتی بررسی نمود. این کار مستقیم و یا غیر مستقیم نیز اجرا شده می تواند.

انسجام پروگرام

به ارتباط انسجام باید سوالات زیر پرسان شود:

- هر چند وقت آمرین پروگرام ها با هم ملاقات مینمایند؟
- آیا آنها پلان گذاری مشترك دارند.
- آیا آنها نتایج ویزیت های نظارتی را مورد بحث قرار می دهند و ضعف پروگرام را شناسایی می نمایند.
- آیا آنها پلان های مشترك را بغرض غلبه بر مشکلات طرح نموده اند؟ مثال بدهید.

منجمنت مرکزی وسایل و لوازم

در جریان این مطالعات سعی بعمل آید که آیا کدام منجمنت مرکزی وسایل و لوازم بصورت مثمر وجود دارد یاخیر. در ین جریان چندین فکتور از قبیل پلان تهیه و تدارك ذخایر وسایل و لوازم، کفایت در توزیع و بودجه دست داشته در نظر گرفته شود برای مثال آیا ادویه که بصورت عمده خریداری می شود دارای اقلام جنریك میباشد. اینکار از باعث اینکه مساعد ترین قسمت را انتخاب کنیم خیلی مهم است؟ آیا به اقلام ضروری اولویت داده شده است؟ آیا اسناد و ارقام مربوطه، توزیع مواد، و مقدار موجودی آن در ذخیره به سهولت بدست آورده شده می تواند؟ آیا کمبودهای ادویه ضروری و واکسین بصورت قبلی در یك وقت خوب پیش بینی شده می تواند؟ آیا ستاك مرکزی جای اضافی ذخیره برای واکسین وغیره ادویه ضروری دارد؟

ارکان خصوصی مراقبت های صحی اولیه

تیم سروی باید پالیسی ملی و رهنمردهای خصوصی پروگرام های مراقبت های صحی را مطالعه نموده و به سولات زیر جواب بدهید:

- فعالیت های عمده و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام کدام ها میباشند؟
- آیا در بین استخدام پرسونل در پروگرام و منابع دیگر به سویه ملی کدام موازنه وجود دارد؟
- درین پروگرام از کدام کتاب رهنما (متول) جهت رهنمایی عملیات پروگرام استفاده شده است؟
- مودول (جزوه) که در بخش ۳ و ٤ این رهنمود داده شده آیا تیم سروی از آن جهت طرح سوالات بیشتر استفاده کرده می تواند.

یك لست ابتدایی معیارات کلیدی برای مطالعه ارکان خصوصی مراقبت های صحی اولیه در سویه ملی ذیلاً ارایه گردیده است. درین مورد چنین توصیه میشود که تحقیقات اقلاً از ٥ سال گذشته باین طرف باید صورت بگیرد تا میلان موضوع روشن و از آن نتیجه گیری نموده بتوانیم. در مورد هر معیار سال تطبیق آنرا نیز تذکار بدهید:

۱- نفوس مردم که دارای آب محفوظ در داخل خانه خود ویا در فاصله پیاده، روی مناسب تقسیم به محموع نفوس ضرب ۱۰۰ = ______ ٪

۲- تعداد مردم که دارای تسهیلات صحی (بیت الخلاء) تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰= ______ ٪

۳- تعداد واکسیناسیون که در ٥ سال گذشته (اطفال کمتر از یك ساله و زنان).

معافیت	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	تمایل الف
بی سی جی				
دی پی تی -۱-۲-۳				
پولیو -۱-۲-۳				
سرخکان				
تتانوس تاکساید -۱-۲				
تعداد ولادت ها				

الف - تبصره بالای تمایل:

++ = افزایش زیاد، + = افزایش متوسط، O = عدم افزایش (کمتر از ۱۵ ٪)؟ = نامعلوم

٤- تعداد نفوس که به تسهیلات صحی و ادویه اساسی دست رسی دارند تقسیم به مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = ______ ٪

معیارات که درینجا مورد بحث قرار می گیرند: عبارتند از:

- موجودیت تسهیلات معالجوی برای امراض و جروجات.
- تهیه و تدارك منظم ادویه ضروری (آیا کدام نوع انقطاع درتهیه ادویه ضروری در مملکت موجود است؟ یا این انقطاع به تمام مملکت است یا در یك قسمت آن؟)
- آیا کدام مرکز صحی در یك ساعته مصافه پیاده روی و یا سواری موتر موجود است؟ (اگر ارقام بالای اندازه وقت موجود نباشد پس فاصله سفر را به کیلومتر در نظر بگیرید.

۵- تعداد متوقع ولادت ها (n) میزان ناخالص تولدات X نفوس = ____ ٪

۶- تعداد زنان که توسط پرسونل صحی معاینه شده بر تعداد نفوس x ۱۰۰ = ________ ٪

تفکیك ارقام به اساس محل عرضه خدمات صحی وکتگوری پرسونل سفارش شده: تعداد متوسط ویزیت های قبل الولادت محاسبه شده ویا با نورم های ملی مقایسه گردد همچنان نوع تربیه پرسونل نیز باید توضیح بیابد.

۷- تعداد ولادت های که توسط پرسونل تربیه یافته نظارت شده تقسیم (n) x ۱۰۰ = ________ ٪

۸- تعداد متوسط تماس اطفال کمتر از یك ساله و نوع خدمات عرضه شده (به شمول سویه تربیه پرسونل) با نورم های ملی باید در مقایسه قرار بگیرد تا مشاهده شود که وضع قناعت بخش است یا چطور؟

۹- تعداد کارت که در خانه نگهداری میشود (چارت نشو و نما و واکسیناسیون) و به اطفال کمتر از یك ساله توزیع یافته تقسیم بر ۱۰۰ x (n) = ________ ٪

۱۰-فیصدی نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام = ________ ٪

۱۱- فیصدی اطفال کمتر از ۳ ساله (یا ۵ ساله) که پایین تر از حدود نورمال وزن متناسب به عمر خود را داشته باشند.

۱۲- تعداد واقعات اسهال راپور داده دراطفال کمتر از پنجساله تقسیم برتعداد مجموع اطفال کمتر از پنجساله ضرب در ۱۰۰ = ________ ٪

۱۳- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با او،ار،اس تداوی شده تقسیم تعداد واقعات اسهال در اطفال کمتر از پنجساله که راپور داده شده x ۱۰۰ = ________ ٪

۱٤- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با او،ار،اس تداوی شده تقسیم تعداد واقعات راپور داده شده اسهال در اطفال کمتر از پنجساله x ۱۰۰ = ________ ٪

یك تعداد سوالات دیگر که به مرور مراقبت های صحی اولیه مناسب تر بوده در صفحات ۷۰ - ۷۲ یافت شده می تواند.

ترانسپورت

در بسا حالات سکتور صحت عامه برای حفظ و نگهداشت وسایل ترانسپورتی خود بالای ادارات دولتی اتکا مینماید تیم مطالعاتي باید وضع ترانسپورت صحت عامه را مورد مطالعه قرار داده وسعي نماید که بغرض رفع مشکلات در آینده پرابلم های عایده ایشان را مرفوع بسازد. درین ارتباط سوالات زیر باید مطرح قرار بگیرد:

- ایا وزارت صحت عامه کدام پالیسی مشخص در ترانسپورت مراقبت های اولیه دارد ؟
- طرز العمل کنترول و استفاده از وسایل نقلیه وطرف جلوگیری از سوء استفاده موجود است؟
- آیا کدام معیار برای تخصیص وسایل نقلیه موجوده در پروگرام های اختصاصی موجود است یا چطور؟
- در ۱۲ ماه کذشته فعالیت پلان شده به کدام تناسب بنابر عدم موجودیت ترانسپورت مختل شده بود ؟
- فعالیت های ساحوی حمایه طفل و مادر ________ ٪
- واکسیناسیون ________ ٪
- ویزیت های نظارتی ________ ٪
- توزیع وسایل و لوازم ________ ٪
- رجعت وقایع عاجل ________ ٪

کدام منطقه را بیشتر از همه متأثر شده است؟ چند فیصد موترهای وزارت عامه فعلاً نسبت به عوارض تخنیکي راکد و از کارباز مانده میباشد؟

تعلیمات صحی

هدف از ارزیابی این پروگرام آنست که دیده شود که ارکان مختلفه مراقبت های صحی اولیه تا اندازه توسط توسعه و پخش پروگرام های تعلیمات صحی حمایه و پشتیبانی شده است. برای اینکار فعالیت های زیر مورد تحقیق قرار بگیرد:

- آیا پروگرام تعلیمات صحی در سویه مملکتی وجود دارد ؟
- چند نفر در تطبیق پروگرام تعلیمات صحی استخدام شده اند ؟
- چند نفر این پرسونل تربیه یافته ای مسلکی بوده و به کدام سویه میباشند ؟
- آیا پرسونل تعلیماتي صحی در پلان گذاری وانسجام پروگرام ها با سایر سکتور ها همکاری دارند ؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحی در پروگرام های تربیوی پرسونل صحی شامل ساخته شده است؟
- آیاکدام میخانیکیت جهت ارزیابی پروگرام تعلیمات صحی در وزارت صحت عامه وجود دارد ؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحی ریسرچ صحی را حمایت نموده و در آن سهم گیری مینماید ؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحی بودجه معین سالانه برای مصارف خود در دست رس دارد ؟
- چند فیصد مجموع بودجه صحی ملی برای پیش برد تعلیمات صحی تخصیص داده شده است؟
- آیا در مجموع بودجه برای هریك از پروگرام های تخنیکي تخصیص داده شده است؟
- در پروگرامهاي صحی و سهم بودجه تعلیمات صحی چند میباشد ؟
- آیا خدمات اطلاعات صحی در داخل چوکات وزارت صحت عامه وسایر سکتور ها موجود است؟
- اگر چنین باشد پس کدام مواد تعلیمی ازطرف شعبات فوق در هر سکتور به نشر سپرده میشود ؟

وارسی وارزیابی

یك تعداد زیاد ارکان مراقبت های صحی اولیه تابع وارسی متداوم ویا ارزیابی های دوری میباشد. تا باین وسیله درجه نیل به اهداف پروگرام که قبلاً مشخص شده بررسی شده بتواند. درجهت نیل به اینکارابتداء ضرورت است بیك سروي که به تعقیب آن سروی های دوریی (یعني در هر سال ویا دوسال) اجرا شود مثلاً پوشش واکسیناسیون، یا سطح استفاده از او- ار- اس در بدو مرحله سروی می شود. بعداً بغرض تعین درجه پیشرفت کار به طرف اهداف در هر سال دوباره سروی می گردد تا با جمع آوری ارقام جدید جریان پیشرفت پروگرام ارزیابی گردد. به الفاظ دیگر ارقام جمع آوری شده باید تحت مطالعه قرار بگیرد. این ارقام ضرور نیست در سطح ملی جز اطلاعات عمومی صحی در وزارت صحت عامه شود. این معلومات صرف به صفت شاخص ارزیابی پروگرام هاي اختصاصی در خود ارشیف پروگرام حفظ و نگهداری شده می تواند.

هرگاه عین سلسله ارقام در سروی هاي بعدی بدست آمد درین صورت به منظور مقایسه ارقام حاصله گراف و چارت ها ترتیب گردد تا بصورت مقایسوی پیشرفت ها ویا پسمانی های پروگرام بوضاحت قابل رویت گردد. برای مثال: آیا تعداد واکسیناسیون اطفال کمتر از پنج سال در پنج سال گذشته دوچندان گردیده است؟ ویا یك فزایش ۲۵٪ نموده. اگر احیاناً کدام پیشرفت بملاحظه نرسیده باشد پس چرا؟ آیا این موضوع از باعث تغیر اهداف پروگرام است ویا از سبب تغیر در برنامه واکسیناسیون میباشد؟ علاوتاً تعدادوقوعات امراض وتعداد وفیات از اثر امراض ساری قابل اطلاع دهی ویا امراض که تحت سر ویلانس قرار دارد در پنج سال گذشته جدول بندی شده و روند (میلان) آن تحت مطالعه قرار بگیرد. ارقام مربوط وفیات وواقعات ده مرض عمده کثیر الوقوع نیز باید در جدول ها و گراف ها جهت ارزیابی ترتیب و ارایه گردد.

آیا ارقام حاصله از پروگرام سرویلانس از مراکز ثابت بدست آمده؟ وآیا این ارقام گاهی ارزیابی نشده است؟ آیا سروی های نمونوی بالای کدام یك از ارکان مراقبت های صحی اولیه صورت گرفته است؟ (معافیت یا اسهالات). اگر چنین باشد پس تدابیر را که به اساس نتایج سروی اتخاذ گردیده تشریح بدارید. سیستم راپور دهی روتین طور ذیل ارزیابی شده می تواند:

a- تعداد مراکز راپور دهنده در ولایت یا منطقه = ________

b- تعداد راپورهای که در ۱۲ ماه گذشته که میبایست میرسید = ________

c- تعداد راپورهای که در ۱۲ ماه گذشته از مراکز راپور دهنده مواصلت نموده است =

d- شاخص مکمل بودن راپور دهی (e/b) x ۱۰۰ = ________ ٪

e- تعداد راپور های که در ماه گذشته مواصلت ورزیده است = ________

f- شاخص راپور دهی به موقع (e/a) x ۱۰ = ________ ٪

بصورت نمونه به منظور حصول یك تصویر کلی عملیات پروگرام معافیت تعداد واکسیناسیون در هر منطقه باید مرور شود (صفحات ۶۶ - ۶۹ را ملاحظه کنید). گروپ اطفال که اهداف پروگرام معافیت میباشند. از روی هرم نفوس و معلومات دموگرافیك دست داشته باشد محاسب شده و نتایج واکسیناسیون به شکل فیصدی یا فی هزاری راپور داده شود. این طرز محاسبه پوشش واکسیناسیون به تفکیك منطقه در عین حالیکه یك نظر کلی راجع به موفقیت پروگرام میباشد درباره پرابلم های عایده پروگرام معافیت نیز معلومات کافی بدست رس خواهد گذاشت.

البته بررسی صحیح تر سطح پوشش واکسیناسیون همانا سنجش کیفیت پروگرام و تفکیك گروپ های سنین اطفال میباشد که به میزان بیشترو سطح پوشش بلند ترقام کمتر از ۱۲ ماهه ها واکسین شده اند میباشد. اگر این گونه معلومات به تفکیك در دست رس باشد مقایسه سطح پوشش رابین مناطق بنابر مشکلات و پرابلم بمیان آمده برای بیننده ارایه خواهد نمود به عین ارتباط ارکان دیگر مراقبت هاي صحی اولیه با استفاده از معیارات مناسب تحلیل مشابه صورت گرفته می تواند.

نتایج فعالیت های وارسی و ارزیابی به ارتباط اهداف خصوصی (تارگیت) هر یك از ارکان مراقبت های صحی اولیه باید تحت تعبیر و تفسیر قرار گرفته میتواند. در عین حال سفارشاتیکه بغرض بهبود پروگرام ارایه میشود باید طور ترتیب و انتظام بیابد که جنبه عملی آن در نظر گرفته شده و در تحت شرایط موجوده اجرای آن امکان پذیر باشد. این تدابیر توسط آمرین پروژه ها که سروی ها را پیش می برند رویدست گرفته شود. هرگاه در صورت که وارسی و ارزیابی باعملیه تعقیب ناکافی بررسی شود درینصورت تیم مطالعاتی آنرا بصورت مستند به آمرین پروژه ارایه مینماید تا تدابیر اصلاحی خاص روي دست گرفته شود.

بخش ۳

سویه ناحیه وی (ولسوالی)

مقدمه :

هدف و مرام این قسمت عبارت از بررسی مؤثریت سازمانی و اداری مراقبت های صحی اولیه در سویه مرکز صحی اساسی در سطح ولسوالی میباشد. در ین قسمت نظر به این که پرسونل چه باید بدانند وچه بکنند توجه و تأکید بالای سطح واقعی دانش پرسونل و درجه کارآیی آن می شود متود های جمع آوری معلومات درمورد پالیسی و پروگرام های مراقبت های صحی اولیه در بخش دوم این کتاب مطرح گردید. عین معلومات در سطح ولسوالی درباره سطح دانش و آگاهی نیز مورد احتیاج بوده تا سویه دانش پرسونل تعین و پیمانه تطبیق مراقبت های صحی اولیه تحت بررسی قرار بگیرد. مثلاً اگر تیم تحقیقاتی بالاثر بررسی های خود بداندکه پالیسی ملی مراقبت های صحی اولیه در سویه های محیطي بدرستی مفهوم نگردیده و همه پرسونل از آن آگاه نیستند در ین صورت بهتر است سیمینار ملی برای تشریح و توضیح پالیسی های فوق الذکر دایر گردیده تا همه بدانند که در تطبیق پروگرام اقدام به چه عمل میدارند.

قسمت عمدهء دیگر این بخش اینست تا به معلومات حاصله در سویه ملی رسیدگی شود. برای مثال تفویض صلاحیت در عمل نظر به سویه که پلان شده بود به پیمانه محدود تر صورت گرفته است.علاوتاً پرسونل معین که باید در یکی از تسهیلات توظیف میافت و یا سامان و لوازم که همزمان به آن ارسال می گردید صورت نگرفته است. همچنان بدون تردید در معلومات جمع آوری شده در سویه ملی و بین المللی و محیطی تفاوت های نیز بملاحظه خواهند رسید. البته تیم سروی در قسمت این تفاوت را مطالعه نموده تا وسعت تفاوت هارا تعین نموده و در عین حال تشخیص نماید که این تفاوت ها سیستماتیک بوده و یا بصورت جدا در حال تجرید از هم بوقوع پیوسته است.

طور یکه بر همه هوید است در ین بخش و بخش های متعاقب آن یك بعد جدید را در جمع آوری اطلاعات معرفی نموده که پروسه جمع آوری ارقام را مغلق تر میسازد. بنابران از ین به بعد در تحلیل معلومات نه تنها تفاوت ها بین سویه های (مثلاً مرکزی، منطقوی و ولسوالی) در عرضه خدمات صحی بلکه تفاوت ها بین هر یك از ین سویه ها مثلاً بین یك ولسوالی و ولسوالی دیگر نیز مطالعه صورت بگیرد. چون پیمانه، وسعت و کیفیت تطبیق مراقبت های صحی اولیه شاید در سراسر مملکت یك سان نبوده تیم تحقیقاتی متوجه شناسایی نقاط ضعیف و قوی اجراأت در پروگرام بوده تا اینکه درس های که در جریان مطالعه یکی پروگرام آموخته میشود در پروگرام دیگر قابل تطبیق شده بتواند.

۱- دور نمای معلومات

پروفایل عمومی ولسوالی

مرام و مقصد عمده درین قسمت عبارت از پیمایش وسعت و آشنایي پرسونل صحی به شرایط جغرافیایی ولسوالی و ایجاد یك سیستم معلومات بنیادی بوده تا به اساس آن مناسبت و موثریت پروگرام های صحی بررسی شده بتواند.

عدم موجودیت آگاهی و یا عدم موجودیت سهولت در دست رسی معلومات نیز در تشخیص مهم بوده زیرا دانش و معلومات وسایل اساسی برای منجمنت موضوع خوب میباشد. در جهت نیل به این کار اولاً نقشه جغرافیایی ولسوالی بدست آورده شود. این نقشه باید کلیه تقسیمات فرعی ولسوالی - علاقه داری وقرأ بزرگ را با موقعیت تسهیلات صحی آن باید نشان بدهد.

همچنان مامورین صحی ولسوالی (ویا ولایتی) به مشکلات لوجستیکی جغرافیایی که عرضه خدمات صحی را تحت تأثیر خود قرار میدهد، توجه نموده و در قسمت رفع آن اقدامات لازمه را مرعی بدارند. یکی ازین مشکلات شاید بزرگی بیش از حد ساحه جغرافیایی ولسوالی بوده که با پرسونل صحی دست داشته منجمنت سالم ان امکان پذیر شده نه می تواند. یا اینکه سیستم سرك سازی وحمل نقل در ولسوالی طوریست که برای تطبیق پروگرام های مشکلات بیش از حد را بمیان می آورد. علاوتاً خلاصه فعالیت های اجتماعی واقتصادی را در داخل ولسوالی باید بدست آورد تا پرابلم ها و یا تفاوت های اجتماعی واقتصادی را در میان حصص مختلف ولسوالی شناسایی نموده بتوانیم.

نفوس

پرسونل امور صحی در ناحیه باید از تعداد نقاط تجمع نفوس مسکون خود به شمول تعداد گروپ های خاص سنین از قبیل مادران، اطفال، طبقات نادار و فقیر مردم گروه های آسیب پذیر اطلاع داشته باشد زیرا محاسبه و سنجش نیازمندی های صحی مردم بدون معلومات فوق ناممکن میباشد.ارقام درباره شاخص های دیگر نفوس: از قبیل مهاجرت ها تکائف نفوس وغیره نیز باید جمع آوری شود. علاوتاً میزان عایدات سالانه، سطح سواد نه تنها برای تمام مردم جمعیت بلکه در صورت امکان به تفکیك ساحات کوچکتر ولسوالی نیز باید جمع آوری گردد.

معیارات صحی (Health indicators) :

پرسونل صحی برای طرح پلان های صحی ومنجمنت سالم پروگرام های صحی باید معلومات تازه و مکمل در مورد معیارات در ساحه کار خود بدست داشته باشند. هرگاه ارقام دقیق موجود نباشد در آن صورت ارقام تخمیني خالی از فایده نبوده تا لا اقل این احساس بمیان بیاید که ارقام دست داشته در مورد معیارات در کدام سطح (به مقایسه ارقام متوسط ملی) قرار دارد.

در جمله معیارات، میزان وفیات اطفال در ناحیه از مهمترین همه بوده (تعداد مرگ های اطفال کمتر از یك ساله تقسیم تعداد تولدات زنده ضرب در ۱۰۰۰) تفاوت های احتمالی بین دو جنس مطالعه و مقایسه گردد.

جدول ۲۰ : جدول میلان معیارات صحی در ولسوالی

معیارات	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰
میزان وفیات عمومی تزاید طبیعی نفوس میزان مرگ و میر اطفال کمتر از یکساله میزان مرگ و میر اطفال ۱ - ٤ ساله میزان وفیات مادران میزان سواد : ذکور - اناث -			

۲ - پالیسی صحی، سازمان دهی و منابع

پالیسی صحی

یکی از مقاصد عمدهء اینمرحله آنست تا دانسته شود که پرسونل صحی و مسؤولین سایر سکتورها به شمول رهبران سیاسی راجع به پالیسی صحی چیزی میدانند در جهت تحقق این مرام اعضای تیم تحقیقاتی باید جوانب اختصاصی و پالیسی صحی ملی را با مسؤولین امور صحی در هر یك از سویه ها باید تحت غور و مطالعه قرار بدهند. برای مثال مظاهر و نکات عمده پالیسی صحی ملی کدام است؟ آیا کدام پلان برای ساختمان مراکز صحی رویدست است؟ علاوتاً تیم تحقیقاتی سعی کند تا اگر کاپی پالیسی صحی ملی را در سویه ولسوالی بدست بیاورد که این هم بذات خود نشانه روابط خوب بین مرکز وولسوالی های مربوطه محسوب می شود.

طوریکه همه میدانند در پالیسی های مطروحه سویه ملی ضروریات و نیازمندی های با الخصوص هر یك از ولسوالی ها بطور خاص انعکاس داده شده نمی تواند. مثلاً پالیسی صحی ملی هیچگاه در بر گیرنده پرابلم های مرض اندیمیك در یك محل خاص بوده می تواند. پس تیم تحقیقاتی باید متوجه تعین وسعت واندازه اشتراك مساعی تیم های صحي ولسوالی (ویا ولایتی) در طرح پالیسی و تدوین پلان های صحی ملی و تعدیل آن برای رفع ضروریات محلی شده شوند.

سهم سایر سکتور ها در صحت

با مرور اسناد رسمی معلومات دقیق را در مورد پیمانه همکاری سایر سکتور ها با توجه خاص به تفصیل عملیاتی پروگرام ها می توان بدست آورد. اسناد رسمی به شمول روی داد های مجالس نیز مطالب مهم را بدست رسی تیم تحقیقاتی قرار داده می تواند.اگر چنین معلومات را مسؤولین امور صحی ولسوالی (ویا ولایتی) قبلاً تهیه نموده باشند درین صورت در اجرای مرور سهولت زیاد روی خواهدنمود وتیم تحقیقاتی در جریان ویزیت ولسوالی معلومات حاصله را مطالعه نموده وسعت همکاری های سایر سکتور ها را تعین اندازه خواهند نمود. بهرحال اگر نوعیت و خصوصیت معلومات مورد نظر قبلاً تعین شده بتواند تا پرسونل صحی ولسوالی برای تیم تحقیقاتی آنرا تهیه داشته و در شروع ویزیت آنرا بدست رس ایشان بگذارد کار بهتر خواهد بود.

۲ - پالیسی صحی، سازمان دهی و منابع

پالیسی صحی

یکی از مقاصد عمدهء اینمرحله آنست تا دانسته شود که پرسونل صحی و مسؤولین سایر سکتورها به شمول رهبران سیاسی راجع به پالیسی صحی چیزی میدانند در جهت تحقق این مرام اعضای تیم تحقیقاتی باید جوانب اختصاصی و پالیسی صحی ملی را با مسؤولین امور صحی در هر یك از سویه ها باید تحت غور و مطالعه قرار بدهند. برای مثال مظاهر و نکات عمده پالیسی صحی ملی کدام است؟ آیا کدام پلان برای ساختمان مراکز صحی رویدست است؟ علاوتاً تیم تحقیقاتی سعی کند تا اگر کاپی پالیسی صحی ملی را در سویه ولسوالی بدست بیاورد که این هم بذات خود نشانه روابط خوب بین مرکز وولسوالی های مربوطه محسوب می شود.

طوریکه همه میدانند در پالیسی های مطروحه سویه ملی ضروریات و نیازمندی های با الخصوص هر یك از ولسوالی ها بطور خاص انعکاس داده شده نمی تواند. مثلاً پالیسی صحی ملی هیچگاه در بر گیرنده پرابلم های مرض اندیمیك در یك محل خاص بوده می تواند. پس تیم تحقیقاتی باید متوجه تعین وسعت واندازه اشتراك مساعی تیم های صحي ولسوالی (ویا ولایتی) در طرح پالیسی و تدوین پلان های صحی ملی و تعدیل آن برای رفع ضروریات محلی شده شوند.

سهم سایر سکتور ها در صحت

با مرور اسناد رسمی معلومات دقیق را در مورد پیمانه همکاری سایر سکتور ها با توجه خاص به تفصیل عملیاتی پروگرام ها می توان بدست آورد. اسناد رسمی به شمول روی داد های مجالس نیز مطالب مهم را بدست رسی تیم تحقیقاتی قرار داده می تواند.اگر چنین معلومات را مسؤولین امور صحی ولسوالی (ویا ولایتی) قبلاً تهیه نموده باشند درین صورت در اجرای مرور سهولت زیاد روی خواهدنمود وتیم تحقیقاتی در جریان ویزیت ولسوالی معلومات حاصله را مطالعه نموده وسعت همکاری های سایر سکتور ها را تعین اندازه خواهند نمود. بهرحال اگر نوعیت و خصوصیت معلومات مورد نظر قبلاً تعین شده بتواند تا پرسونل صحی ولسوالی برای تیم تحقیقاتی آنرا تهیه داشته و در شروع ویزیت آنرا بدست رس ایشان بگذارد کار بهتر خواهد بود.

- اگر ساحه صنعتی باشد در ینصورت تیم تحقیقاتی برای مطالعه وضع و شرایط کار کارگران از فابریکه دیدن بعمل آورده تا نظری راجع به اوضاع صحی آنها بدست بیاورند.
سوالات ذیل از هر سکتور پرسان شده می تواند:

* در ساحه کار شما کدام یك از پروگرام ها دارای تأثیراتی بالای صحت مردم میباشد؟
* آیا شما در کدام وقت بامسؤولین امور صحی در طرح پلان و تطبیق پروگرام های صحی همکاری نموده اید؟
* بکدام شکل و متود؟
* آیا شما کدام پروگرام تربیوی در مورد تنویر پرسونل خود در مسایل صحی رویدست دارید؟
* اگر جواب بلی باشد پروگرام مورد نظر را کی سازمان میدهد؟
* آیا کدام گروپ خاص نفوس وجود دارد که ببیشتر از دیگران مورد، توجه قرار بگیرد؟
* اگر چنین باشد پس آنها به کدام گروپ ها تعلق می گیرد؟
* گروپ های فوق در کجا موفقیت حاصل نموده و به چه اندازه بزرگ می باشند؟

انسجام بین سکتورها:

تیم تحقیقاتی بر علاوه شناسایی پروگرام های مختلف جوانب تطبیقی پروگرام ها و انسجام بین المللی آنها را نیز بررسی باید نماید تا دیده شود که مجموع این همه پروگرام ها چگونه باعث ارتقای صحت و سلامت مردم می شود. سوالات زیر پرسان می شود که:

- این پروگرام آیا کدام انسجام در بین خود دارند؟
- آیا کدام میکانیزم وجود دارد که سگتورهای مختلفه تأثیرات صحی این پروگرام هارا تحت مطالعه قرار داده باشند؟
- کارکنان صحی چطور می توانند توجه سایر سکتور ها را در ساحه صحت جلب نمایند؟

آیا کدام مثال بر جستهء وجود دارد که در آن سایر سکتورها در طرح پلان و تطبیق پروگرام های خود عواقب صحی پروگرام های خودرا در نظر گرفته باشند؟ آیا کدام تصمیم مشترك در جهت تطبیق پروگرام های مختلفه سکتورهاوجود داشته که محراق توجهء آن بالای بهبود سویه صحت و سلامت معطوف شده باشد؟ اعضای تیم تحقیقاتی باید سطح آگاهی مسؤولین سکتورها را به ارتباط تأثیرات صحی پروگرام های ایشان مورد بررسی و همچنان روش و تعهدات آنها را در قسمت همکاری و هم آهنگ سازی صحت مردم تحت مطالعه قرار بدهد.

اشتراك مساعی جمعیت

درین سویه تیم تحقیقاتی در جستجوی مثال زنده اشتراك مساعی در انکشاف صحت مردم میبرآید. تیم تحقیقاتی بایددرمورداینکه‌آیا نمانیدگان مردم در پروسه پلان گذاری واجراأت پروگرام‌هامربوطبه

انکشاف امور اجتماعی و اقتصادی سهم گیری مینمایند یانه تتبع کنند. آیا میکانیزم اشتراک مساعی جمعیت که در سویه ملی مورد بحث قرار گرفت واقعاً در سطح ولسوالی نیز مورد تطبیق قرارگرفته است؟ آیا در سویه ولایت نمایندگان جمعیت در امور انکشاف عمومی و صحی فعالیت دارند؟ آیا مسؤولین امور ولسوالی از کدام تدابیر خصوصی مثلاً ارتباطات جمعی در ارتقای اشتراک مساعی بغرض بهبود وضع صحی مردم استفاده مینمایند یا خیر؟ اگر جواب بلی باشد پس چطور، چوقت و توسط کی این همه تدابیر تحت اجرا قرار داده می شود؟

مطالب زیر مثال های برجسته اشتراک مساعی جمعیت میباشد:

- آیا در جمعیت کدام گروه خاص وجود دارد که فغالیت های صحی را پیش ببرد؟
- کدام یکی آن ها برای مثال: گروه زنان، گروه های دینی سازمان جوانان وغیره مثال بدهید.
- آیا ماموران صحی ولسوالی در بهبود امور با ایشان مشوره می نمایند؟
- آیا پروگرام ها باین گروپ بصورت مشترك انکشاف داده می شود؟
- آیا این پروگرام انسجام یافته است؟

تیم تحقیقاتی باید روش مطالب زیر جستجو نماید:

* روابط مسؤولین شفاخانه بامردم در جمعیت
* آیا منابع از طرف جمعیت تهیه می شود (نقد یا جنس)

همچنان تیم تحقیقاتی در جستجوی شواهد بیشتر اشتراک جمعی مردم با پروگرام های صحی بپردازد. نکات مهم عبارت خواهد بود از اینکه تا بحال کدام تصمیم حکومتی در اثر مداخله و یا تقاضای مردم تعدیل و تغیر یافته است. آیا این وقایع از طریق ارتباطات جمعی به اطلاع مردم رسانیده شده است؟

ساختار تشکیلاتی وروش عدم تمرکز

در بررسی ساختار تشکیلاتی در سویه ولسوالی (ناحیوی) دو جوانب باید در نظر گرفته شود:

الف - کدام مؤسسات و یا سازمان ها خدمات صحی عرضه مینمایند؟

ب - امور عرضه خدمات صحی چطور بین ایشان انسجام داده شده است؟

تیم تحقیقاتی چارت تشکیلات را مطالعه کند که کدام تیم صحی در ولسوالی وجود داشته و چطور موسسات و سازمان های مختلفه در پلان گذاری ناحیوی اشتراک مساعی مینمایند.

بعداً روی پرابلم عایده به ارتباط ساختار تشکیلاتی بحث نموده ومطالعه نمایند ادغام پروگرام های صحی چه تأثیری بالای آنها وارد نموده است.

تیم تحقیقاتی در جریان مباحثه روی ساختار تشکیلاتی بررسی نماید که سویه مرکزي صلاحیت کافی و مسؤولیت لازمه به همه شعبات و افراد به سویه ولسوالی اعطا نموده است. آیا تیم صحی مثلاً آمر صحی احساس میکند که در اجرائی امور روزمرهء طرزالعمل های دفتر داری (بیروکراتیك) موانع ایحاد نموده است؟ سویه ملی به کدام پیمانه در عرضه خدمات صحی رهنمودها میدهند؟ آیا بالاثر نیازمندی های ناحیوی در پالیسی صحی ملی تغیر یا تعدیل بوقوع پیوسته است؟ آیا مقامات ولسوالی در تغیر و تبدیل پرسونل صلاحیت دارند؟ آیا سازمان های محلی در توزیخ سهمیهء مالی کدام صلاحیت دارند؟

توجیهه مجددپرسونل صحی به مراقبت های صحی اولیه موضوع دیگر یست که باید تیم تحقیقاتي آنرا در نظر بگیرد. چه نوع میکانیزم اداری ویا تشکیلاتی بمیان آمده وآیا این میکانیزم مشورت را با سویه ملی و مراکز صحی دیگر دربر دارد؟ علاوتاً تیم تحقیقاتی درجه خود اختیاری پرسونل صحی را در تطبیق مراقبت های صحی اولیه نیز بررسی نمایند برای مثال آیا پرسونل صحی صلاحیت دارند که اهداف عمومی و خصوصی (تارگیت) مراقبت های صحی اولیه را ترتیب و پلان عملیاتی را طرح و تطبیق آنرا روی دست بگیرند؟ آیا این طرز العمل مطابق پالیسی صحی ملی میباشد.

پلان گذاری و منجمنت

در مورد هریك از ارکان مراقبت های صحی اولیه به سوالات زیر جواب ارایه شود:

- پلان گذاری چطور طرح و ترتیب می شود؟
- پلان گذاری توسط کی صورت می گیرد؟
- آیا برای طرح پلان کدام شخص مسؤول در سویه ولسوالی وجود دارد؟
- اهداف عمومی و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام های آن چه میباشد؟
- آیا تکنالوجی مورد استفاده در پروگرام مشخص وتعین شده است؟
- آیا نیازمندي پرسونل، تسهیلات، وسایل نقلیه سامان و لوزام مطالعه وبررسی گردیده است؟
- ایا کدام پروگرام بودجویی تفصیلی و کدام سیستم وارسی وارزیابی وجود دارد؟

بعداً یك توضیح مختصر در مورد دستاورد های هریك از ارکان مراقبت های صحی اولیه، پرابلم های عایده وپلان جهت رفع آن از طرف تیم تحقیقاتی داده شود. مثلاً آیا برای رجعت مریضان کدام سیستم موجود است.

آیا درین ناحیه کدام تیم منجمنت وجود دارد؟ اگر چنین باشد کی ها در آن مشارکت دارند؟ وظایف ایشان چیست (مثلاً در نظارت) وبرنامه ای کار دارند؟

بودجه سازی و منجمنت امور مالی

به این موضوع بی نهایت پراهمیت نادراً توجه در خور حال ان معطوف مي شود. تیم تحقیقاتي بالای درجه عدم مرکزیت منجمنت امور مالی خدمات صحی توجه خود را معطوف میسازد. البته روحیه عدم تمرکز اداره مرکزی پلان گذاری با اختصاص سهمیه های مالی متفاوت به ولسوالی های مختلفه مطابق احتیاج ایشان بررسی شده می تواند. **تیم تحقیقاتي باید مطالب زیر را تجسس نماید:**

- آیا در جریان بودجه سازی سالانه با ایشان مشوره صورت گرفته است؟
- کدام فعالیت قسمت اعظم بودجه سالانه را بخود اختصاص داده است؟
- آیا این تخصیصه هاي بودجوی با اولویت های ملی و ساحویی ارتباط داشته وسازگار میباشد.

تفصیل پروگرام بودجوی در سویه های ملی و محلی بدست پرسونل مسؤول باید قرار داشته باشد. **معلومات اضافی در مورد پالیسی عدم تمرکز با این سوال بدست آمده می تواند که:** کدام یك ازاعضای تیم منجمنت اختیار مصارف مالی را در وقایع عاجل داشته وآیا در در جمع آوری منابع مالی صلاحیت دارند؟

پرسونل صحی:

هدف درین جاه اینست که کدام کتگوری پرسونل چطور به تسهیلات صحی تقسیم و توزیع یافته آیا این توزیع به اساس نیازمندی ها صورت گرفته است. تیم تحقیقاتی توزیع پرسونل را باید به تفکیك تسهیلاتی صحی وانواع پرسونل مطالعه نموده تعیینات دفتر تشکیلات مرکزی را با استخدام واقعی پرسونل در داخل پروگرام در شرایط ساحه مقایسه نماید تا دیده شود که تعیئات چقدر روی واقعیت صورت گرفته است. موضوع استخدام منصفانهء پرسونل با تسهیلات صحی مختلفه نیز بررسی گردد تا دیده شود که کدام ساحه بدون عرضه خدمات صحی باقی نه مانده باشد.

جدول ۲۱ : استخدام پرسونل در تسهیلات صحی مختلفه

پرسونل	شفاخانه	مرکز صحی	مرکز صحی	مرکز فرعی	مرکز فرعی
	ولسوالی	(۱)	(۲)	(۱)	(۲)
داکتر					
نرس					
وغیره					
جمع پرسونل					
تعداد نفوس که خدمات صحی برایشان عرضه شده است.					

معلومات حاصله در جدول ۲۱ خانه پری شود. همچنان تیم تحقیقاتی از مسؤولین امور صحی پرسان نماید که کدام پلان ویا تدابیر جهت از بین بردن کمبود پرسونل صورت گرفته ویا کدام تغییرات ذاتی در نظم استخدام پرسونل به میان آمده است. آیا درین تعینات موضوع سویه علمی پرسونل در نظر گرفته شده است یا خیر؟

پرابلم های عام استخدام و منجمنت پرسونل مخصوصاً در خارج از شهر ها و پایتخت مملکت باید شناسایی شود. مخصوصاً به آن عوامل که باعث ایجاد نقص در روحیه و انگیزش (تشویق) پرسونل مي شود توجه جدي صورت بگیرد. برای مثال آیا برای کسانیکه در مناطق روستایی دور افتاده ایفای وظیفه میدارند کدام نوع معاش تشویقی وجود دارد؟وآیا برای این پرسونل سیستم ترفیع وارتقای سویه خاص موجود است یا خیر.

تعلیم و تربیه

تنظیم و ترتیب یك پروگرام تربیوي فعال نشانه یك سیستم مراقبت های صحی اولیه مؤفق و پیش رونده بوده و درین مورد مطالب آتی باید مورد بحث قرار بگیرد:

- کدام کتگوری های پرسونل تا به حال تحت تربیه قرار گرفته اند؟
- آیا توجه مناسب و مساوی به همه کتگوری ها مبذول داشته شده است؟
- آیا این پروگرام تربیوي به شکل تیم پیش برده شده است؟
- کدام موضوعات درین پروگرام تربیوی تدریس گردیده است؟
- پروگرام های تربیوی را کی پلان وکي انرا مورد تطبیق قرار میدهد؟

علاوتاً تفصیل پروگرام های تربیوی داخل خدمت در جریان سال گذشته به شمول نوع وتعداد کورس های تربیوی و کتگوری پرسونل تربیه یافته باید ترتیب و تنظیم گردیده و معلومات زیر نیز بدست بیاید:

- نیازمندی های برجسته پروگرامهای تربیوی داخل خدمت کدام است؟
- کدام فیصدی گروپ های خاص پرسونل ازین پروگرام تربیوی استفاده نموده اند؟
- کدام عوامل بالای نصاب تعلیمی کورس های تدویر یافته تأثیر داشته است؟

علاوتاً تیم تحقیقاتی باید تدقیق نماید که آیا مسؤولین امور صحی در طرح وتطبیق پروگرام های تربیوی ترتیبات لازمه را رویدست گرفته اند یا خیر.

- آیا مؤسسات تعلیمی صحی در ناحیه مربوط فعالیت دارد؟
- آیا شفاخانهء ولسوالی در تدویر پروگرام های تربیوی اشتراك مساعی مینماید.؟
- آیا پروگرام تربیوی مطابق به نیازهای وظیفوی ایشان تدویر یافته است؟
- آیا پروگرام های تربیوی مشترك توسط چند پروگرام تدویر یافته است؟

رول، فعالیت و دست رسی به تسهیلات صحی

مقصد عمده این قسمت بررسی، دریافت گروه های نفوس در ساحات که خدمات صحی طور مناسب عرضه نمی شود به شمول مطالعه سطح استفاده بهتر از تسهلات صحی میباشد.

همچنان معلومات در مورد نوع، تعداد توزیع، تسهیلات صحی عامه و غیر دولتی که در ناحیه اجرای وظیفوی میدارند جمع آوري گردد. درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا مقامات اداری ولسوالی بصورت دقیق ساحه پوشش هریك از تسهیلات صحی را میدانند؟
- آیا وظایف هریك از تسهیلات بصورت تحریری موجود است؟
- آیا بین تسهیلات صحی دولتی و سازمان هاي خیریه انسجام کار وجود دارد؟
- آیا تسهیلات صحی بصورت منصفانه توزیع یافته و بصورت مناسب در مراکز تجمع وازدحام مردم از نگاه دست رسی به وسایل حمل و نقل و مخابرات توقیع یافته است؟
- آیا برای رجعت مریضان ترتیبات لازمه صورت گرفته است؟
- آیا شفاخانه ولسوالی پروگرام های مراقبت هاي صحی اولیه را حمایت میکند؟
- آیا پروگرام هاي صحی ساحوی و خدمات طب وقایوی عرضه میدارد؟
- آیا معلومات حاصله سویه هاي پایین تر (محیطی) را تعبیر و تغیر نموده و نتایج آنرا دوباره به مرجع اولی آن انتقال میدهد؟
- آیا کیفیت خدمات عرضه شده را تحت وارسي قرار میدهد؟

۳- منجمنت وظیفوی پروگرام

تیم تحقیقاتی در مورد چگونگی تطبیق هریك از ارکان مراقبت های صحی اولیه در سویه ولسوالی مطالعه و تدقیق مینماید. درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود ؟

- این پروگرام ها توسط کی و چطور اداره و تنظیم می آبد ؟
- آیا درینجا ترتیبات لازمه برای نظارت و ارزیابی وجود دارد ؟

علاوتاً تیم مطالعاتی بالای موضوعات بس مهم از قبیل تعلیمات صحی و سیستم اطلاعاتی صحی فعالیت های کنترول ووقایه امراض ساري توجه مبذول می دارد.

جمع آوری معلومات تفصیلی بغرض توضیح ساحات مورد علاقه مخصوصاً منجمنت پروگرام های خاص به شمول استقرار ارتباطات بین پرسونل مرکزی و محیطی خیلی ضروری میباشد. البته در هنگام ترتیب سفارشات تیم مطالعاتی راه های حل را که توسط پرسونل صحی ناحیه صورت می گیرد در نظرباید بگیرد.

نظارت

کیفیت و ساحه پوشش نظارت پروگرام های مراقبت های صحی اولیه را در ناحیه تحت مطالعه قرار بگیرید. آیا درینجا یك سیستم خوب نظارت موجود است؟ یکی از نشانه های نظارت خوب عبارت از موجودیت پلان برای نظارت میباشد.

جدول ۲۳ - این جدول کثرت نظارت را نشان میدهد

تسهیلات صحی	نمبرناحیه	تعداد ویزیت ها توسط پرسونل صحی در ۱۲ ماه گذشته				
		از ۱۲ بزرگتر	۶ - ۱۱	۵ - ۵	۱ - ۲	صفر
مراکز صحی اساسی						
سازمان هاي صحی غیر دولتی						
مراکز صحی فرعی						
مراکز صحی جمعیت						
کارگران صحی دهاتی						
دایه های محلی						

جدول ۲۳ : این جدول فعالیت های تعقیبیه را پس از فریزیت های نظاراتی نشان میدهد.

تسهیلات صحی	پرابلم های شناخته شده	تدابیر اتخاذ شده	سویه که تدابیر در آن اتخاذ شده است
مراکز صحی اساسی	استفاده ناقص و نا مطلوب بنابر ساعات کار نا مساعد	تأسیس کلینك های شبانه برای حمایه طفل و مادر	مراکز صحی
سازمان های غیر دولتی	استفاده از برنامه واکسیناسیون غیر ستاندرد	دلایل ستاندرد با دلالیل برنامه پرسونل مورد بحث قرار گرفت	رجعت به سازمان های غیر دولتی انسجام دهنده برای تعقیب
کمیته های صحی جمعیت	از کلیه جوانب صحی آگاه نبود. از ینرو هیچگونه حمایت صورت نگرفته و کدام رول فعال بازی نداشت.	با رئیس کمیته بحث شد و پرابلم به کمیته انکشافی ناحیه رجعت داده شد.	کمیته انکشافی ناحیه براي تنبیه وتحریك جلسات را دایر مینمایند.

تفصیل این نوع ترتیبات بر اساس موقعیت و پراگندگی تسهیلات صحی وتعداد سوپروایزرها از یك منطقه تا منطقه دیگر تفاوت مینماید تیم مطالعاتی این موضوع را بررسی مینماید که آیا سیستم موجود نظارت به اندازه کافی تبادله اطلاعات را بین آمرین پروگرام های مرکزی و واحدهای صحی محیطی برقرار می سازد. (جدول ۲۲ را ملاحظه کنید).

نشانه خوب دیگر نظارت عبارت از موجودیت واستفاده از لایحه وظیفه، چك لست فعالیت ها و راپور های نظارتی میباشد. تیم تحقیقاتی باید انواع پرابلم های را که پس از ویزیت های نظارتی شناسایی شده تحقیق نماید. اعضای تیم تحقیقاتي همچنان تأثیرات ویزیت های نظارتی را از سویه مرکزی بررسی مینماید (جدول ۲۳ را ملاحظه کنید) در مورد بهبود وضع نظارت باهم مباحثه کنید و ببینید که ویزیت هاي نظارتی در راه حل پرابلم ها کمك نموده است.یاخیر؟

تهیه و تدارکات

این قسمت مرور مراقبت های صحی اولیه به موضوع مهم مانند بررسی سیستم تهیه و تدارك سامان و لوازم در سویه ولسوالی به این مفهوم که آیا این سیستم واقعاً نیازمندی هاي صحی مردم ناحیه را بر آورده ساخته مي تواند، علاقمندی پیدا مینماید.

دریك تعداد زیاد ممالك تهیه وترتیب لست ادویه اساسی، حمل و نقل سامان و لوازم به تحویلخانه مرکزی صحی اساسی ویا تسهیلات صحی محیطی (مراکز صحی فرعی) از وظایف و مسؤولیت های آمرین اداري ناحیوی میباشد او باید اطمینان حاصل نماید که ادویه و واکسین های مورد ضرورت در طول سال در مراکز صحی اساسی وفرعی موجود باید باشد. نقش مسؤولین امور اداری ناحیه را در توزیع سامان و لوازم دوایی مطالعه نموده تا اگر مشکل در آن موجود باشد در رفع آن اقدام شده بتواند. درین موردبه سوالات زیر باید پاسخ گفت:

- آیا در ناحیه کدام تحویلخانه دوایی وجود دارد ؟
- آیا این تحویل خانه کدام مانعه را در توزیع سامان و لوازم ایجاد مینماید ؟
- در جریان سال چند مرتبه سامان و لوازم از تحویلخانه مرکزی به این تحویلخانه میرسد ؟
- آیا پرسونل مرکز صحی براي تهیه سامان و لوازم به مرکز مي روند ؟
- آیا این سفر ها مطابق تقسم اوقات کار صورت مي گیرد ؟
- آیا فعالیت هاي پیش بینی شده در پلان بنابر کمبود ادویه، واکسین وغیره وسایل ضروری به اخلال مواجه شده است؟

منابع مالی برای تهیه و تدارك سامان و لوازم دوایی همیشه محدود بوده فلهذا مسؤولین امور مراکز صحی اساسی باید تضمین نمایند که سامان وسایل دوایی دست داشته بصورت مؤثر مورد استفاده قرار گرفته است. این سیستم طوری تنظیم شود که پرابلم های عایده را پیش بینی نماید. تحویلخانه دوایی درمرکز صحی به کثرت هرچه بیشتر را به صورت منظم ویزیت شود تا کفایت ذخیره وي تحویلخانه وقتاً فوقتاً ازنگاه مصونیت مطالعه شده و از ضایعات مواد دوایی جلوگیری بعمل آمده و از کمبود هاي آنی وبدون پیش بیني مواد دوایی اطلاع یابی صورت بگیرد. بنابران از طریق مشاهدات و مباحثات پرابلم هاي موجود شناسایی شده و راه های حل آن جستجو گردد. یکی از نشرات مفید که تمام جوانب لوجستك را مورد مطالعه قرارمیدهد عبارت از نشریه SHS/85.9 سازمان صحی جهان بوده که بنام «How to assess health services lo gistics with particular reference to peripheral heaclth facilities» یاد می شود. این نشریه را از سازمان صحی جهان بدست آورده مي توانید.

ارکان خصوصی مراقبت هاي صحی اولیه

تیم مطالعاتی باید در عمق اولویت هاي تخنیکی پروگرام ها را مطالعه کند. برای نیل به این کار درین سویه عرضه خدمات صحی سوالات مناسب ومتود های سروي را انتخاب نماید. این مرور مخصوصاً متوجه بررسی موازنهء است که بین پرسونل ومنابع دیگر مالی درسویه ناحیه برقرار شده است.

یك لست از معیارات كلیدی ذیلاً ارایه گردیده است. در مورد هر معیاریك مثال اظهار بدارید اگر سوالات دو سه سال گذشته را دربر بگیرد درین صورت امكانیت آن وجود دارد كه روند یا میلان معیار نیز تعین و مشخص گردد.

۱- تعداد مردم كه در داخل منزل ویا در یك فاصله پیاده روي مناسب دارای آب مشروب صحی میباشند تقسیم مجموع نفوس در ناحیه ضرب در ۱۰۰ = ______ ٪

۲- تعداد نفوس با تسهیلات كافی جهت رفع فضلات انسانی تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = ___٪

۳- تعداد واكسیناسیون كه در جریان پنجساله گذشته بالای اطفال كمتر از یك ساله وزنان حامله تطبیق شده است.

جدول زیر را ملاحظه كنید:

واكسیناسیون ها	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰ میلان
بی سی جی					
دی پی تی - ۱					
دي پی تی - ۲					
دی پی تی - ۳					
پولیو -۱					
پولیو -۲					
پولیو -۳					
سرخكان					
تیتانوس تاكساید -۱					
تیتانوس تاكسید-۲					
تعداد ولادت ها					
نفوس مورد نظر					

٤- تعداد مردم كه به خدمات صحی محلی وادویه ضروری دست رسی دارند تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = ______ ٪

درینجا معیارات زیر مورد بحث قرار مي گیرد:

- موجودیت تسهیلات معالجوي برای امراض عام و جروحات.
- تهیه وتدارك منظم ادویه ضروري به تمام حصص مملكت.
- آیا در فاصله یك ساعت پیاده روی كدام تسهیلات صحی بغرض استفاده هرفرد درولسوالی وجود دارد؟ (اگر ارقام بالای وقت سفر به مركز صحی موجود نباشد پس فاصله با مركز صحی به وقت تعدیل یافته می تواند.

۵- تعداد متوقع ولادت ها (n) در ناحیه میزان تولدات ناخالص ضرب در نفوس در یك سال

۶- تعداد زنان حامله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده x(n) ۱۰۰ = ____٪
این ارقام به تفکیك محل عرضه خدمات صحی (خانه یا مرکز صحی) ونوع پرسونل نیز محاسبه شده مي تواند.

۷- تعداد ولادت هاي که توسط پرسونل تربیه یافته (درخانه یا شفاخانه) نظارت شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ____٪

۸- تعداد اطفال کمتر از یك ساله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ____٪

۹- تعداد اسناد قابل نگهداشت در منزل (چارت نشو ونما ، کارت واکسیناسیون) تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ____٪

۱۰- فیصدی کودکان نوزاد دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام = ____٪

۱۱- فیصدی اطفال کمتر از پنجساله که پایین تر از ارزش ریفرانس وزن برای عمر قرار دارند = ____٪

۱۲- تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله تقسیم مجموع نفوس اطفال کمتر از پنجساله ضرب در ۱۰۰ = ____٪

۱۳- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با اوارس تداوي شده تقسیم به تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله ضرب در ۱۰۰ = ____٪

۱٤- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با خانگی تداوی شده تقسیم تعداد اطفال کمتر از پنجساله مبتلا به اسهال ضرب ۱۰۰ = ____٪

وسایل نقلیه

سطح آگاهی آمرین اداري ناحیه درباره پالیسی ملی ترانسپورت و تطبیق آن در عمل از طرف تیم مطالعاتی تحت بررسی قرار بگیرد. هدف بررسی فوق اینست که آیا از تمام عراده جات استفاده مطلوب شده و همه آن بشکل ستاندرد تحت حفظ و مراقبت قرار دارد. در عین حال پیش بینی های بودجوی جهت خریداری وسایل نقلیه جدید نیز صورت گرفته و مطالب زیر نیز باید تحت بررسی قرار بگیرد:

- آیا فعالیت های پروگرام هاي مختلفه مراقبت های صحی اولیه از کمبود وسایل نقلیه به رکود مواجه نه شده است؟
- آیا این اخلال از اثر نبودن پترول بوده ویا از سبب عدم موجودیت پول برای پرداخت ترمیمات عاجل وسایل نقلیه؟

سوالات مناسب دیگر که در زمینه پرسان می شود عباتند از:

- آیا وسایل نقلیه اختصاصی در خدمت پروگرام هاي خاص قراردارند؟
- آیا این وسایل نقلیه اختصاصی در پروگرامهاي دیگر از آن استفاده شده می تواند؟
- در صورت که نسبت مشکلات در ترانسپورت اخلال وارد شود کدام راه حل دیگر سفارش شده است؟

وارسی وارزیابی

تمام مؤسسات صحی ولسوالي ونواحي مختلفه در جمع آوری تحلیل واستفاده از معلومات سیستم اطلاعات ملی سهم می گیرند. البته این مطالعه سیستم اطلاعاتی صحی در سویه ملی بالای بعضی پرابلم ها روشنی کافی انداخته تا در تطبیق پروگرام هاي صحی اخلال وارد نشود. اسباب این پرابلم ها در هر سویه خاصتاً در سویه محیطی باید جستجو شود. براي مثال اگر راپور های مرکز صحی در وقت و زمان معینه اش به مرکز ارسال نشود دلایل آن مورد بررسی قرار بگیرد. کدام دلایل در زمینه تأخیر راپورها وجود دارد.؟

آیا کدام نقیصه در ارسال راپورها از مرکز صحی به مرکز وجود دارد ویا سیستم اطلاعات صحی به ذات خود کدام پرابلم دارد که جهت رفع آن باید شناسایی شود؟ آیا این سیستم خیلی مغلق ومشکل میباشد ویا کسان که در راپور دهی اشتراك مساعی مینمایند به درستی ووضاحت میکانیزم آنرا درك نه مینمایند؟ آیا سیستم اطلاعات در پروگرامهای دیگر مراقبت هاي صحی اولیه چطور عمل مینماید؟ چه نوع معلوات دیگر باید جمع آوري شود (ارقام از بررسی سروی خاص و پروژه هاي ریسرچ)؟

یکی از پرابلم هاي عام سیستم اطلاعات صحي اینست که ارقام همیشه جمع آوری مي شود اما غالباً تحلیل نشده و مورد استفاده قرار نمی گیرد. ازینرو تیم مطالعاتی خود را مطمئن بسازد که معلومات جمع آوری شده برای مقاصد پلان گذاری و در راه منجمنت پروگرام از آن استفاده بعمل آمده و نتایج تحلیل و بررسی مرکزی اولاً به سویه ناحیوی (مراکز صحی درلسوالی ها) ابلاغ شده وبعداً به مراکز فرعی گسیل گردد تا باین ترتیب همه کسان که در جمع آوری اطلاعات و ارسال آن سهم گرفته اند از نتایج آن نیز مطلع شده و یك نظر کلی راجع وضع عمومي سیستم اطلاعات صحی در سراسر مملکت بدست بیاورند. باین ترتیب همه کسان که در مرحله اول در جمع آوری اشتراك مساعي میدارند تشویق شده تا اینکار خود را ادامه بدهند. اگر در مقابل کدام مشکل ویا پرابلم عاید شود موضوع تحت مباحثه قرار گرفته تا دلیل آن دریافت شده و راه حل آن جستجو شود. در نواحی که ممکن باشد ارقام احصایوي براي چند سال جمع آوری شده تابدین ترتیب میلان (روند) سیر وقوعات امراض وپرابلم هاي صحی مطالعه شده بتواند. اگر ارقام چندین ناحیه بدست رس باشد مي توان از آن ها گراف ها ترتیب تا بصورت مقایسوي مورد مطالعه قرار بگیرد. علاوتاً نمایش ارقام به شکل گراف ها و چارت ها نشانه این حقیقت است که ارقام بصورت تازه جمع آوری شده در وقت معینه آن مورد تحلیل قرار گرفته وشاید از آن در پلان گذاری و اداره نیز استفاده شده میتواند.

سویه مراکز صحی

بـــــخش ٤

مقدمه

قسمت های آتی مثال های خوب را بدست رس می گذارد تا اعضای تیم مطالعاتی در هنگام ترکیب سوالات پرسشنامه (برای اجرای مصاحبه خود) در سطح مراکز صحی آنرا در نظر بگیرند. درین عملیه به سوالات کوتاه ساده و سوالات بسته (که صرف یك جواب معین دارد) ترجیح داده میشود. از سوالات باز (که چندین جواب ممکنه داشته مي تواند) و مغلق خودداری شود. در صورت امکان جوابات آن قبلاً کود (شفر) شود تا در تحلیل متعاقب آن سهولت ایجاد شده بتواند. بهرحال شاید در اخیر هر پرسشنامه یك سوال عمومی، بغرض بررسی باز، از مصاحبه شونده پرسان می شود تا به پرسونل اجازه داده شود که نظریات مهم خود را در مورد کار خود ابراز نموده بتوانند.

۱- مظاهر دموگرافیك ساحه رسیدگی (Catchment area)

این قسمت مرور به بررسی دانش کارگران صحی در مورد مشخصات جغرافیایی و صفات اختصاصی ساحه رسیدگی، موقعیت واحدهای مختلف صحی به ارتباط مرکز صحی اساسی پروفیل های صحی و اجتماعی مخصوصاً مشخصات گروه های خاص مورد نظر ارتباط حاصل مینماید (جدول ۲٤ را مطالعه نمایید)

درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا شماکدام گروه خاص مورد نظر را برای اولویت های پروگرام خود میدانید؟
- چند نفر زن حامله و واجد شرایط فامیلی پلاننگ در ساحه رسیدگی وجود دارد؟
- این ارقام را چطور میدانید؟
- آیا شما اسناد ویزیت های آنها را نگهداری مینماهید؟
- کدام گروه های خاص اسیب پذیر در ساحه رسیدگی شما وجود دارد؟
- در هر گروه چند نفر وجود دارند؟
- به کدام آفات (سوتغذی به فیصدی) مبتلا هستند؟

تیم تحقیقاتی از پرسونل مراکز صحی تقاضای بدست آوردن یك نقشهء ساحه رسیدگی را مینماید که در آن محل تسهیلات صحی جمعیت رانشان داده باشد. تیم تحقیقاتی از امر مرکز صحی تقاضا بعمل بیاورد تا آن نقشهء را تهیه بدارد. آیا در مورد استخدام پرسونل کدام ستاندرد ملی وجود دارد در ینصورت استخدام پرسونل نورم های ملی در توافق قرار دارد؟ اگر نه پس چرا؟

جدول ٢٤: جدول که نفوس مراکزصحی رادرساحه رسیده گی به تفکیك جمعیت وگروه سنی نشان میدهد:

جمعیت ها	نفوس			
الف :	شهری	دهاتی	جمع	٪
ب : ج : جمع =				
گروپهای معروض به خطر:				
اطفال کمترازیك ساله ١- ٤ ساله ٥- ١٤ساله زنان ١٥- ٤٥ ساله				

۲- تشکیلات خدمات صحی

تیم تحقیقاتی سازماندهی امور صحی را در ساحه خود با عرضه خدمات صحی از طریق مراکز صحی با توجه خاص در تطبیق ارکان مراقبت های صحی اولیه در سویه بالاتر مورد مطالعه قرار بدهد. درین قسمت مثال های ارایه می شود که معلومات جمع آوری شده با مطالب که در سویه پایان تر یعنی سویه تطبیق پروگرام شنیده و دیده می شود مورد تأیید قرار می گیرد

مراکز صحی

سوال عمده درین قسمت بالای مراکز صحی و فعالیت های آن و مخصوصاً ارتباط آن باواحدهای صحی محیطی معطوف ساخته می شود. آیا این فعالیت جامع و منسجم میباشند؟ آیا خدمات ضروری به مردم عرضه شده می تواند؟ در تشخیص نیازمندی های صحی مردم در جمعیت چقدر توجه معطوف ساخته شده است؟ تیم تحقیقاتی راجع به سازمان و تشکیلات سیستم صحت عامه محلی از پرسونل طالب معلومات زیر می شوند:

* تعداد مراکز صحی ثابت در ساحه رسیدگی.
* تعداد تیم های سیار.
* تعداد پوسته های صحی.
* تعداد دایه های محلی تربیه یافته.
* تعداد تسهیلات صحی مربوط به سازمان های صحی غیر دولتی.
* تعداد تسهیلات صحی شخصی .

در میان تمام این واحد های صحی چقدر تبادل نظر و تجربه جهت همکاری موجود است؟ آیا تمام افراد جمعیتَ به خدمات صحی ضروری و به خدمات رجعتی در شفاخانه ها دست رسی دارند؟

آیا مرکزصحی از نگاه تجهیزات فزیکی، پرسونل، سامان و لوازم بقدر کافی مجهز میباشد تا قادر به اجرای نظارت شده و در عین حال مریضان رجعتی را بپذیرند؟

در ممالك كه وزارت صحت عامه نقشه تعميرات مراكز صحی را بشكل ستاندرد تهيه نموده تيم مطالعاتی تعمير مراكز صحی را با نقشهء ستاندرد مقايسه مينمايد آيا درين طرح پلان فزيكی (نقشه تعمير) جريان رفت و آمد مريضان در داخل مركز صحی به سهولت پيش می رود و كدام، مشكل (مانعه) درين قسمت ايجاد نمی شود ؟ در مركز صحی چند بستر ولادی و بسترهای ديگر وجود دارد ؟ آيا تسهيلات راديولوجيك وجود دارد ؟ آيا اين تسهيلات چطور حفظ و مراقبت می شوند ؟

سهم ساير سكتورها به صحت

سهم يا تأثير (مثبت يا منفی) پروگرام های ساير سكتورها بالای صحت در سويه عرضه خدمات بوجه احسن مورد بررسی قرار می گيرد. بخاطر بايد باشد كه حتی اگر يك فعاليت تقويتی صحت بخوبی مورد تطبيق قرار نگيرد خدمات صحی بصورت موثر نتيجه مطلوب را بدست نمی دهد. مثلاً تهيه روزمزه نان چاشت يك مكتب كه اگر مردم آن مربوط گروپ معروض به خطر و يابی بضاعت نباشد كدام مفاد را در قبال نخواهد داشت. برای اينكه قادر شويم تا سوالات را در مورد جوانب تطبيقی پلان سكتورهای مختلفه طرح نمايم بايد اسناد مهم ملی را خوانده و معلومات مهم آنرا بيرون نويس نموده تا در كليه موضوعات پروسه انكشاف اقتصادی و اجتماعی ناحيه بخوبی وارد شده و از پرابلم های آن آگاهی داشته باشيم علاوتاً تيم مطالعاتی پروگرام های مشترك ديگر را كه به همكاری ساير سازمان ها تحت اجرا قرار داده شده فهرست بايدنمايند.

سوالات كه به پرسونل راجع می شود اينست كه پرسونل صحی بكدام سويه در باره پروگرام های كه بصورت مشترك بايد تحت اجرا قرار بگيرند آگاهی دارند. تيم تحقيقاتی علاوتاً بامنسوبين ساير سكتورها مصاحبه نموده تا ديده شود كه از تأثيرات صحی پروگرام های خود اطلاع دارند ياخير. در عين حال روش و سلوك ايشان رادر همكاری با پروگرام های صحی بررسی نمايند. از منسوبين پرسان شود كه آيا در جريان طرح پروگرام و تطبيق آن ملحوظات صحی پروگرام را در نظر گرفته بودند و اگر درين موضوع سفارشات در ميان باشد بايد ارايه نمايند. تيم تحقيقاتی همچنان فعاليت های ساير سكتورها وسازمان های غير دولتی را باهم انسجام و هم آهنگ ساخته كه بعضی از مثال های برجسته ذيلاً ارايه می گردد :

سكتور زراعت ممكن يك پروگرام را مورد تطبيق قرار بدهد كه مطابق آن يك قسمت از مواد خوراكه برای مصارف صحی (بعوض صدور آن) نگهداری مينمايد در حال كه سكتور صحت عامه در همان ناحيه پروگرام را در تعليمات تغذی وسرو يلاونس تغذی پيش می برد.

همچنان يك پروگرام ساختمان بيت الخلاء های صحی وتهيه آبدان برای ذخيره آب در مكاتب توسط سكتور تعليم و تربيه روی دست گرفته می شود درين پروگرام در مكاتب برای مردم تعليم داده می شود كه ازين تسهيلات چطور استفاده مطلوب بدارند. تيم تحقيقاتی بايد بررسی نمايد كه اين همه پروگرام ها چقدر باعث بهبود وضع صحی مردم شده وآيا اين ها بصورت منسجم پيش رفته ويا بصورت پراگنده سبب پخش پيغام های متضاد می شود. علاوتاً تيم تحقيقاتی بالای پروگرام های صحی گروپ های مردمان آسيب پذير ولوكه پروگرام های ايشان دارای كدام اهداف مشخص صحی هم نباشد و با اشتراك مساعی ساير سكتورها تحت اجرا قرار نگرفته باشد بايد عطف توجه نموده آنرا تحت مطالعه قرار بدهد. برای مثال دريك ناحيه پس از تعين قيم مواد غذايی ديده شودكه آيا واقعاً مردمان فقير و نادار از آن بهره مند ميشوند؟ آيا سكتور فوايد عامه در تعمير سرك اقدام نموده تا مردم به سهولت بيشتر به تسهيلات صحی رفت و آمد كنند.

موضوع مهم ديگر عبارت از انسجام فعاليت های بين سكتوری در سويه عملياتی (يعنی در سويه كه كار اجرا می شود) ميباشد. درين مورد سوال های زير مطرح می گردد مثلاً: آيا ميكانيزم وجود دارد كه در آن منسوبين سكتور های مختلف پلان عملياتی خود را بصورت مشترك طرح نموده وسعی نمايند كه فعاليت های را كه باعث تأمين و تقويت صحت می شود (در محل و وقت مناسب) تحت اجرا قرار بگيرد؟ اين ميكانيزم چطور بكار برده می شود؟ آيا منسوبين سكتورهای مختلفه ازين همكاری رضايت خاطر دارند؟ آيا اين منسوبين كدام پيشنهاد يا سفارش در زمينهء بهبود همكاری های بين سكتوری دارند؟

اشتراك مساعی جمعيت

اشتراك مساعی در جمعيت يكی از مطالب مهم است كه سيستم صحت عامه را در جهت نيل به اهداف استراتيژی مراقبت های صحی اوليه دريك مملكت موفق می سازد. اين گونه اشتراك مساعی قسمتاً بالای مساعی و توانايی پرسونل مركز صحی تعلق می گيرد. تيم تحقيقاتي راجع به استراتيژی های كه پرسونل در تقويت اشتراك مساعی جمعيت از آن كار گرفته اند معلومات دريافت بداردازسرخط آيا پرسونل صحی در مجالس كميته دهاتی اشتراك می ورزند؟

آيا در مجالس سازمان زنان يا جوانان سهم می گيرند؟

آيا ويزيت های ساحوی را انكشاف و تقويه مينمايند؟

آيا با مردم در جمعيت در تربيه كارگران صحی جمعيت و دايه های محلی اشتراك می ورزند؟

آيا در پيش امور صحی به ويزيت های خانكی مبادرت می ورزند؟

کدام فعالیت های مرکز صحی به مشورت رهبران جمعیت برنامه ریزي شده (مثلاً حمایه طفل و مادر، واکسیناسیون، فعالیت هاي تغذی فعالیت های صحت محیطی) و کدام گروه در جمعیت واقعاً در فعالیت های صحی اشتراك مساعی میدارند: زنان، جوانان، علمای مذهبی وغیره؟ آیا کدام یك از کمیته ها و گروه های فوق در پیش برد فعالیت های زیر متقبل مسؤولیت شده اند: تشخیص واقعات جذام، توبرکلوز، سوء تغذی ویا پروژه های آب رسانی، راپور دهی اپیدیمی ها، جمع آوری و پخش اطلاعات صحی یا بسیج مردم برای کارهای صحي، جمع آوری عانه برای پروگرام هاي صحی، طرح وپی ریزی پلان ویا ساختمان بیت الخلاء؟ چه پیشرفت های در جریان دو - سه سال گذشته در تقویت اشتراك مساعی جمعیت صورت گرفته است؟ آیا کدام مثال زنده و برجسته اشتراك مساعی جمعیت موجود است؟ اگر چنین مثال موجود باشد آیا مؤفقانه تحت اجرا قرار گرفته است؟

۳- تطبیق پروگرام

این مبحث بالای بررسی پروگرام هاي مختلفه مراقبت هاي صحی اولیه که از طریق مرکز صحی عرضه می گردد. عطف توجه مینماید در حالیکه این قسمت به «منجمنت عملیاتي پروگرام ها» در بخش سوم (سویه ناحیه) ارتباط می گیرد اما درین مرحله به عملیات تأکیدبیشتر مینماید. بعضی از جوانب منجمنت پروگرام (بودجه و پلان گذاری) که در سویه های بالا توجه اعظمی به آن مبذول داشته شده صرف در صورت که مرکز صحی مسوولیت آن را بدوش داشته باشد به آن تماس گرفته می شود. در غیر آن ارزیابی به ارکان کلیدی مراقبت های صحی اولیه که عبارت در منجمنت عمومی پروگرام ها، تهیه و تدارکات، اطلاعات و موثریت پروگرام ها میباشد محدود و منحصر باقی مینماید.

منجمنت عمومی پروگرام های مراقبت های صحی اولیه :

عملیات عمومي پروگرام ها توسط مراکز صحی به صفت اولین تسهیلات رجعتی با ارایه جواب به سوالات زیر مطالعه و مرور شود:

کدام یك پروگرامهای مراقبت هاي اولیه در جریان است؟

آیا اسناد پالیسی ملی در مورد این پروگرام ها در سویه مراکز صحی موجود است؟

همچنان تیم مطالعاتی باید از ویزیت هاي نظارتی که از سویه بالاتر در جریان سه ماه گذشته توسط پرسونل مختلفه صورت گرفته خود را مطلع بسازد.

علاوتاً راجع به فعالیت های تربیوی که در جریان شش ماه گذشته برای پرسونل مرکزی صحی تدویر یافته توضیح مختصر داده شود. از پروگرام های تربیوي که توسط پرسونل مراکز صحی براي کارگران صحی دایه های محلی در شش ماه گذشته دایر گردیده است نیز تذکار بعمل بیاید. (جدول۲٦ را ملاحظه کنید)

جدول ۲۵ : پروگرام های مرکز صحی را نشان میدهد

	بلی / نه	پرسونل مسئول	کثرت پروگرام هفته وار و ماهوار	محل عرضه پروگرام		
				مرکز صحی	ساحه	منزل
اهتمامات پری نتال						
ولادت						
اهتمامات اطفال						
فامیلی پلاننگ						
وارسی رشد و نمو						
غذای تکمیلی						
تعلیمات صحی						
صحت مکتب						
کنترول ملاریا						
تهیه آب مشروب						
تامین حفظ الصحه محیطی						
اهتمام معالجوی						
وغیره						

- آیا عملیات مراقبت هاي صحی اولیه مراکز صحی اساسی موازی به پالیسی و رهنمودهای ملی میباشد؟
- آیا در سال جاری در مرکز صحی اساسی کدام پلان عملیاتی که دارای اهداف عمومی و اهداف خصوصي (تارگیت) باشد موجود است؟ اگر چنین باشد آنرا توضیح بدارید؟
- آیا در لایحه وظایف موجوده پرسونل مراکز صحی، فعالیت هاي ساحوي ونظارت رضاکاران صحی دهاتی شامل میباشد؟
  - آیا پرسونل میدانند که مردم از ایشان چه توقع دارند؟
  - آیا این همه معلومات از روی اسناد تحریري بدست آمده ویا از کسی آنرا شنیده اند؟
  - آیا فعالیت های را که پرسونل اجرا میدارند موازی به هدایات وزارت میباشد؟
  - آیا پرسونل مرکز صحي میگویند که با اجراَات وکار آیی شما قانع بوده ورضایت دارند؟
  - اگر قناعت در میان نباشد پس اسباب عمده عدم قناعت چه خواهد بود؟

نظارت یکی از وظایف ضروری مراکز صحی بوده ازینرو پرسونل صحی یك تعداد طرز العمل ها را در نظارت امور ساحوی مرعی الاجرا میدانند. تیم مطالعاتی از موجودیت ویا عدم موجودیت طرز العمل هاي زیر در مرکز صحی خود را مطمئن بسازد:

- برنامه ویزیت های نظارتی برای هریك از افراد مرکز صحی
- لست نظارت
- راپور های تحریری ویزیت های نظارتی
- میکانیزم مباحثه و تعقیب راپورهای نظاری توسط پرسونل مرکز صحي.

همچنان تیم مطالعاتی باید تعداد ویزیت های نظارتی هریك از پرسونل را از مراکز فرعی به شمول کارگران صحي و دایه های محلی در ماه گذشته نموده مشخص بسازد.

جدول ۲۶ - پروگرام های تربیویی داخل خدمت و شامل کورس یها را نشان میدهد.

اسم پروگرام	عنوان کورس	نوع پرسونل	تاریخ	تعداد شاملان

تعداد زیاد پروگرام های مراقبت های صحی اولیه دارای کتاب های رهنمود و جزوه های تعلیمی میباشد که طرز مرور و تجدید نظر برعملیات را بیان میدارد.

تیم مطالعاتی علاوتاً باید معلومات حاصل کند که کدام یك از پروگرام های تخنیکی دارای اولویت بوده تا آنرا از همه بیشتر بصورت عمیق تحت مطالعه قرار داده و از آن سوالات سروی را بسازد. معیارات کلیدی کارآییPerformance باید انتخاب شود تا بصورت عمومی سطح کار آیی مرکز صحی به ارتباط هر یك از پروگرام ها تحت بررسی قرار داده میتواند.

سوالات که در زمینه پرسان شده می تواند:

- اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام معافیت از چه قرار است؟
- این اهداف به کدام پیمانه دست یاب گردیده است؟
- به مادرکه طفل اومصاب اسهال بوده چه مشوره داده شد؟

علاوتاً از پرسونل مرکز صحی تقاضا بعمل بیاید تا در حضور داشت تیم مطالعاتی محلول او ار س را تهیه نموده تا اگرطرز تهیه وی مطابق به طرزالعمل قبول شده است یاچند.

سوالات مشابه برای پروگرام های دیگر تهیه شده می تواند.

یك تعداد معیارات کلیدی ذیلاً داده شده است در مورد هر یك از معیارات سال تطبیق و منبع آنرا نذکر بدهید .

۱- (مردم که در داخل منزل و یا در یك فاصله پیاده روی مناسب دارای آب مشروب صحی میباشد تقسیم محموع نفوس در ناحیه ضرب در ۱۰۰ = ______٪

۲- نفوس با تسهیلات کافی جهت رفع فضلات انسانی تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = ______٪

۳- تعداد واکسیناسیون که در جریان پنجسال گذشته بالای اطفال کمتر از یك ساله و زنان حامله تطبیق شده است.جدول زیر را ملاحظه کنید:

واکیناسیون	۱۹۰۰	۱۹۰۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	میلان
بی سی جی دی بی تی - ۱ دی بی تی - ۲ دی بی تی - ۳ پولیو - ۱ پولیو - ۲ پولیو - ۳ سرخکان تیتانوس تاکساید - ۱ تیتانوس تاکساید - ۲ تعداد ولادت ها						
نفوس مورد نظر						

٤- تعداد نفوس که به خدمات صحی محلی و ادویه ضروری دست رسی دارند تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = ________٪

در ینجا معیارات زیر مورد بحث قرار می گیرد:

- موجودیت تسهیلات معالجوی برای امراض عام و جروحات.

- تهیه، تدارك وتنظیم ادویه ضروری به تمام مملکت.

- آیا در فاصله یك ساعت پیاده روی کدام تسهیلات صحی بغرض استفاده وجود دارد؟ (اگر ارقام بالای وقت سفر به مرکز صحی موجود نباشد پس بعد فاصله با مرکز صحی به وقت تعدیل یافته می تواند.

٥- تعداد متوقع ولادت ها(n) در ناحیه میزان تولدات ناخالص ضرب در نفوس در یك سال

٦- تعداد زنان حامله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n) × ۱۰۰ = ________٪

این ارقام به تفکیك محل عرضه خدمات صحی (خانه یا مرکز صحی) و نوع پرسونل محاسبه میشود

٧- تعداد زنان که توسط پرسونل تربیه یافته نظارت شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ________٪

٨- تعداد اطفال کمتر از یك ساله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ________٪

٩- تعداد اطفال قابل نگهداشت در منزل (چارت نشو و نما کارت واکسیناسیون تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = ________٪

١٠- فیصدی کودکان نوزاد دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام = ________٪

١١- فیصدی اطفال کمتر از پنجساله که پایین تر از ارزش ریفرانس (مؤخذ) وزن براي عمر قرار دارند= ________٪

١٢- تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله تقسیم مجموع نفوس اطفال کمتر از پنجساله ضرب در ۱۰۰ = ________٪

١٣- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با اوارس تداوی شده تقسیم بر تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله ضرب ۱۰۰ = ________٪

تهیه وتدارك

این مبحث به ارزیابی کفایت و مؤثریت حمایت لوجستیکی جهت عملیات پروگرام های مراقبت هاي صحی اولیه ارتباط می گیرد. مثال ها نا مساعد درین زمینه عبارتند از : نارسایی وسایل ترانسپورتی برای توزیع وسایل و لوازم، کنترول اداری ناقص سامان و لوازم در سویه مراکز صحی، مفقودی ها وبالاخره استفاده نادرست در مرکز صحی. این نقایص به شمول یك عدهء پرابلم های دیگر غالباً باعث کاهش موثریت مراکز صحی می شود. با استفاده از یك تعداد معیارات منجمنت می توان طرز العمل های مستعمله را در سویه مرکز صحی به شمول موجودیت و ذخیره فعلیه (گذشته سامان و لوازم) قضاوت نمودتدابیری جهت بهبودآن روی دست گرفت .

جدول ۲۷ : جدولیکه وضع ذخیره سامان و وسایل را نشان میدهد .

اسم ادویه	مقدار رسیده در ۱۹..	مقدار توزیع شده در ۱۹..	مقدار موجوده	احتیاج ماهانه	ذخیره موجوده تا .... دوام خواهد نمود
کلورکین					
او ار اس					
پنسلین					
تتراسکلین					
آهن					
فولیک اسید					
اسپرین					
کانتروسپتیف فمی					
کاندوم					
وغیره .					

سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا براي تمام پروگرام ها یك سیستم مدغم تهیه و تدارك موجود است؟
- كدام یك از پروگرام ها تهیه و تدارك سامان و لوازم خود را بدست خود اجرا می دارد؟
- آیا لست ستاندرد ادویه و سازمان برای مرکز صحی موجود است؟
- منبع معمول تهیه سامان و لوازم (ملی منطقوی وغیره) کدام است؟
- آیا اسناد سامان و لوازم مکمل و جدید است؟
- آیا این اسناد بصورت صحیح نگهداري می شود؟
- چه پرابلم های (عدم موجودیت سامان و لوازم بودجه ترانسپورت، پترول یا سیستم ناقص توزیع) در ۱۲ ماه گذشته پرسونل مرکزي مواجه شده اند؟

تکمیل یك جدول معیاری (مانند جدول ۲۷) با پنج قلم نه تنها موجودیت وسایل ضروری را نشان میدهد بلکه از صحت و سلامت آنها نیز گواهی میدهد. البته برای تأیید مطالب در جریان مصاحبه باید تحویلخانه نیز تفتیش شود تا کدام تشویش در میان باقی نماند.

علاوتاً تیم مطالعاتی سوالات زیر را نیز در نظر باید بگیرد:

- آیا کدام یك از ادویه غیر قابل استفاده شده و خارج از وقت گردیده؟
- آیا در جریان سال های اخیر کدام بهبود در وضع تهیه وتوزیع ادویه و سایر لوازم صورت گرفته است؟
- آیا کدام مفقودی ویا ضایعات ادویه در ۱۲ ماه گذشته در تحویلخانه واقع شده است؟
- آیا کدام پرابلم در ذخیره ادویه و واکسین موجود بوده است؟
- آیا سامان و تجهیزات زنجیر سرد بقدر کافي در اختیار تان بوده تا پیشرفت پروگرام واکسیناسیون را تضمین نموده بتواند؟
- آیا ترمومیتر در داخل یخچال وجود دارد؟
- در هنگام خواندن ترمومیتر چند درجه را نشان میدهد؟
- آیا سردی قناعت بخش را نشان میدهد؟
- کارت درجه حرارت را نیز معاینه و تفتیش نمایید؟

سرویلانس امراض و حمایت اطلاعات صحی

این قسمت مرور شامل هدف دوگانه بود: اول- آیا مرکز صحی معلومات مطلوبه را دربارهء پروگرام جمع آوری نموده- دوم- آیا از آن استفاده مطلوب مینماید (جدول ۲۸) را ملاحظه کنید) آیا این میکانیزم در مجموع سیستم اطلاعات صحی ادغام یافته است. تیم تحقیقاتي باید در مورد اشتراك مساعی جمعیت غور و دقت نماید که ایشان درین کار اشتراك عمل مینمایند واگر نمي کنند چرا؟ علاوتاً باید جستجو نمود که خود مرکز صحی بذات خود در مقابل انتظام سیستم اطلاعات صحی یك مانعه را تشکیل نداده باشد. اگر موضوع چنین باشد پس چه چارهء را در برطرف نمودن آن پیشنهاد مینمایید؟

یکی از استفاده های عمدهء اطلاعات در سرویلانس امراض ساري میباشد. یکی از وظایف عمدهء تیم تحقیقاتی همانا مطالعه معلومات جمع آوری شده در مورد شیوع و وقوع امراض میباشد تا فهمیده شود که مرکز صحی توانایی استفاده از ارقام جمع آوری شده را دارا میباشد یا خیر. در جهت این کار ۱۰ مرض عمدهء به ترتیب درجه اهمیت (کثرت وقوع) که در سال گذشته بوقوع پیوسته باید فهرست گردد. تیم تحقیقاتی نه تنها معلومات موجوده را مورد مطالعه قراربدهد بلکه ببینید که چنین ارقام مورد تحلیل واقع شده و بغرض سهولت مطالعه در روي چارت ها و گراف ها به نمایش گذاشته شده است. تا میلان (روند) در وقوعات امراض، سطح واکسیناسیون ویا پیشرفت در استفاده از محلول اوارس وغیره را به سهولت مورد مطالعه قرار داده بتواند.

جدول ۲۸ : طرز راپور دهی از تسهیلات مختلفه صحي

	مراکز فرعی	کار گران صحی قریه	دایه های محلی	وغیره	جمع
A- تعداد راپور هاي متوقعه					
B- تعداد راپور های رسیده					
C- فیصدی راپور هاي متوقعه رسیده (B/A x 100)					
D- تعداد راپور های رسیده در یك ماه بعد از موقع آن					
E- فیصدی راپور دهی به موقع (D/A x 100)					

تیم تحقیقاتی از روي تحلیل ارقام جمع آوری شده توسط مرکز صحی مطالعه کند که درین میان مثال فیصدی محاسبه شده باشد مثلاً:

* فیصدی اطفال که کاملاً واکسین شده اند.
* فیصدی زنان حامله که اقلاً یك مراتبه در جریان حاملگی گذشته ویا موجوده، خود به کلینیك جهت معاینات انتي نتان مراجعه نموده است.
* فیصدی اطفال مبتلا به اسهال که برایشان اوارس داده شده است.
* فیصدی زنان در سنین باروری (۱۵-٤٥سال) که از متود های عصری فامیلی استفاده میکنند.

بخاطر تان باشد که بعضی ازین فیصدی ها قبلاً محاسبه شده بود. بنابران سوالات که بیشتر از یك هدف را برای آورده ساخته بتواند ضرورت به تکرار ندارد.

بخش ٥

کارگران صحی جمعیت

دایه هاي محلی

مقدمه

در این قسمت مرور مراقبت های صحی اولیه به تمام انواع کارگران صحی جمعیت ارتباط مي گيرد. طوریکه در هر مملکت نام این کتگوری پرسونل ولایحه وظایف ایشان از هم فرق مینماید بنابران تیم مطالعاتی قبل از همه باید خود را به نام ولایحه وظایف، رول و نقش آنها را آشنا بسازند. چون رول هر يك ازین کارگران صحی بصورت مشخص از همدیگر تفاوت دارد بنابران برای هریك ان باید يك پرسشنامه جداگانه تهیه و ترتیب کرد. رهنمودی که درین کتاب از آن بحث بعمل می آید ارزيابي دو نوع عام کارگران صحی را يعني کارگران صحی جمعیت ودایه هاي محلی را به نمایش می گذارد.

در جریان مصاحبه باید روي نوع و حجم کار که دایه های محلی وکارگران صحی جمعیت به اجراي آن مي پردازند خود را متمرکز ساخته تا دیده شود که کارگران مذکور امور محوله را به کدام درجه خوبایی اجرا نموده تابراي نگهداشت وبهبود سطح کارآيي آنها چه نوع تدابیر را روی دست گرفت. در بعضی حالات هدف مرور مراقبت هاي صحی اولیه عمدتاً متوجه يك پروگرام خاص میباشد بنابران باید مصاحبه با کارگر صحی به اساس آن جهت یابی و توجهیه شود.
معلومات مورد ضرورت از طریق يك ترکیب از مشاهدات و دیالوگ (گفتگوی دو طرفه) که نسبتاً انعطاف پذیربوده جمع آوری شود. تیم تحقیقاتی برای جمع آوری ارقام باید يك پرسشنامه را به ترتیب که در نهایت تحلیل ایجاد سهولت کند، طرح نمایند. در سویه کارگر صحی جمعیت سوالات باید ساده و بدون ابهام بوده واز سوالات که احتمال چندین جواب مفصل را در مقابل خود دارد. اجتناب گردد. (البته به استثنای نظریات نهایی) به صفت يك نمونه پرسشنامه دایه های محلی در ضمیمه ۲ ارایه گردیده است.

۱- کار گر صحی جمعیت

خصوصیات فردی کار گر صحی جمعیت

سطح کار آیی، تشویق (انگزیش) وتداوم در استخدام کار گران صحی جمعیت غالباً موضوع مورد علاقه کار فرمایان پروگرام های مختلفه مراقبت های صحی اولیه می باشد. در این قسمت آرزوی ما اینست تا خصوصیات فردی یك کارگر صحی خوب را برای شما شناسایی نماهیم تا باین ترتیب جوانب مختلفه تربیه نظارت و حمایت کارگران مذکور بدرستی هر چه تمامتر تعدیل و انتظام بهتر یافته و در آینده یکی از کادر های مفید در سیستم مراقبت های صحی اولیه بحساب بروند.

در ین مورد مطالب زیر باید در نظر گرفته شود :

- آیا رهایی از کار (یا انفصال از وظیفه) در بین مردان زیاد است و یا در بین زنان؟
- آیا کار گر صحی مردانه در جمعیت بیشتر مورد قبول واقع می شود و یا زنانه؟
- آیا عوامل مانند عمر، مؤقف اجتماعی وظیفه قبلی حایز اهمیت است؟

بر علاوهء اسم، جنس، عمر وضع مدنی معلومات زیر را در مورد کارگر صحی جمعیت باید جمع آوری نمود :

- وبعد فاصله بین پوسته صحی شما و مرکز صحی چند کیلومتر است؟
- شما در کجا متولد شده اید؟
- از چند سال به این طرف شما در این جاه زندگی دارید؟
- از چه وقت با ین طرف شما به صفت کارگر صحی جمعیت ایفای وظیفه مینمایید؟
- قبل از شمولیت در پروگرام کارگران صحی جمعیت شما چه کار داشتید؟
- آیا در عین حالیکه شما به صفت کارگر صحی ایفای وظیفه مینمایید کدام شغل دیگر نیز دارید؟
- آیا این خط را خوانده می توانید؟
- شما چند سال مکتب خوانده اید؟

معلومات دربارهء جمعیت

مسلماً جهت آغاز يك پروگرام عملیاتی مؤثر آگاهی کامل دربارهء ساحه زندگی مردم و پرابلم های ایشان شرط ضروری میباشد.بنابران تیم تحقیقاتی باید در مورد اینکه کارگران صحی حمعیت دربارهء مردم و ساحه زندگی خود چه معلومات دارند، خود را مطمئن بسازید. آیا در بین جمعیت عقاید و رسوم وجود داردکه تاثیرات منفی یا مثبت بالای صحت مردم وارد نماید؟ چه نوع تسهیلات محلی برای انتقال مریضان عاجل به شفاخانه وجود دارد: **از کارگر صحی جمعیت این سوالات برسان شود مثلاً:**

- مجموع نفوس مردم در ساحه زندگی چند نفر است؟
- در منطقه مسکونی شما چند خانوار زندگی میکنند؟
- در ساحه زندگی شما چند نفر خانم حامله موجود است؟
- پرابلم های صحی عمده در منطقه شما کدام است؟

- آیا شما گاهی در کدام سروی مطالعاتی بغرض شناسایی پرابلم های مردم اشتراک نموده اید؟
- وسیله نقلیه اطمینانی که بغرض انتقال مریضان از آن استفاده مینمایید کدام است؟

انتخاب و تربیه کارگران صحی جمعیت :
این بررسی معلوماتی را که قبلاً در مورد خصوصیات فردی کارگران صحی بدست آوردید تکمیل ساخته و در مورد متود انتخاب و نوع پروگرام تربیوی معلومات کافی را بدست رس گذاشته و رول آن ها را در مورد قناعت در وظیفه و سطح کار آیی ارزیابی خواهند نمود. همچنان در مورد اینکه کارگر صحی جمعیت توسط نمایندگان جمعیت انتخاب شده و یا از طرف رهبران جمعیت کاندید گردیده معلومات خوبی جهت کار آیی او بدست رس می گذارد.
به ارتباط پروگرام تربیوی باید متذکر شد که مرور بر محتوی پروگرام تربیوی از طریق اجرای مصاحبه کار نسبتاً سهل خواهد بود ولی چیزیکه از همه بیشتر قابل اهمیت میباشد، اینست که مؤثریت و مناسبت پروگرام تربیوی را همزمان با سطح کارآیی کارگر صحی جمعیت باید بررسی نمود. برای مثال:
- آیا کارگر صحی جمعیت دارای دانش و اهلیت کافی است که پرابلم های صحی را شناسایی و مقابل آن تدابیر لازمه را اتخاذ بدارد؟
- کارگر صحی از چه نوع پروگرام تربیوي عملی استفاده نموده است؟
- آیا کارگر صحی بعد از پروگرام تربیوی اولی در کدام پروکرام تربیوی دیگر اشتراك ورزیده است؟
- چوقت وتوسط کی؟

البته مطلب عمده که از همه بیشتر قابل اهمیت بوده اینست که اگر کارگر صحی جمعیت را در جریان کار در تحت شرایط طبیعي (عادی) مشاهده نماهیم، راجع به سطح کار ایی آن کدام نظر ثابت حاصل نموده نه می توانیم. بهرحال تیم تحقیقاتی باید سعی نماید تا بیك بررسی واقعبینانه نابل آمده و از کیفیت و کمیت کار آن آگاهی حاصل نماید.

حمایت نظارت و شرایط کار
مفکوره کیفیت حمایت از کارگر صحی یکی از ابعاد مهم این تجدید نظر را تشکیل میدهد. در حمایت نه تنها تسهیلات کار و معاش در نظر گرفته میشود بلکه حمایت نظارتی از هر دو طرف یعنی مرکز صحی و جمعیت، نیز دارای اهمیت میباشد. علاوتاً دلچسپی و علاقمندی نمایان مردم جمعیت نیز در پیش برد فعالیت های مراقبت های صحی اولیه رول زیادی دارد. درین بحث مطالب زیر باید توضح بیاید:

- آیا در اتخاذ تدابیر جهت حل پرابلم های عایده مقابل کارگر جمعیت فوریت داده شده است؟
- آیا مردم در پیشبرد فعالیت های صحی بصورت فعال اشتراك مساعی داشته اند؟

درین مورد علاوتاً سوالات زیر پرسیده شده می تواند:

- آیا درین اواخرکسی از تسهیلات شما ویزیت بعمل آورده بود؟ و کی بود؟
- ویزیت اخیر آن چوقت بود؟
- مرام از ویزیت (تهیه لوازم، نظارت و تربیه) چه بود؟
- چند ماه قبل شما از تسهیلات صحی رجعتي (نظارتی) خود باز دیده نموده بودید؟
- هدف ویزیت شما (تهیه سامان و لوازم، رجعت، ارایه راپور، ملاقات پروگرام تربیوي) چه بود؟
- چند ماه قبل کمیته صحی قریه در مورد مسایل صحی جلسه خود را دایر نموده بود؟
- چه موضوعات در آن مورد بحث قرار گرفته است؟
- آیا در قریه شما کدام افراد به صفت رضا کار در امور انکشافی قریه کار وفعالیت مینماید؟
- آیا شما گاهی کارگران صحی را در جمعیت دیگر ملاقات و مطالب مشترك را باهم گپ زده اید؟
- ایا شما در مورد موضوعات صحی با معلمین مکاتب ملاقات میکنید؟
- ایا شما از مکاتب ویزیت مینمایید؟
- آیا شماگاهی علمای دینی را به غرض بحث پرابلم هاي صحی ملاقات میکنید؟
- آیا کمیته صحی دهاتی فعالیت های تمام کارگران صحی جمعیت را نظارت مینماید؟
- آیا در قریه شما کدام سازمان دیگر به غرض انسجام امور صحی وجود دارد؟
- آیا شما کسان را مي شناسید که مغایر عقیده شما پیغام های صحی غلط راپخش کند؟
- آیا مردم در شش ماه کذشته کدام فعالیت را جهت بهبود صحت سازمان داده پیش برده است؟
- در کدام ساحه شما به شکل بهتر حمایت مردم را بدست آورده مي توانید؟
- در هفته گذشته چند روز را بالای وظایف خود به صفت کارگر صحی جمعیت سپری نموده اید؟

طوریکه میدانید پاداش پولی (اجرت یا مزد) کارگران صحی جمعیت یکي از موضوعات پرابلماتیك در مراقبت هاي صحی اولیه به حساب می رود. بنابران تیم تحقیقاتی باید با تاکتیك خاصی به این موضوع تماس حاصل نموده و در سوال وجواب در مورد پول خیلی محتاط باشد. البته بهتر آنست تا این موضوع در حضور داشت رهبران جمعیت اصلاً صحبت نشود. **سوالات که درین مورد پرسان می شود عبارتند از:**

- آیا شما به صفت کارگر صحی کدام پاداش (مزد) در مقابل کار خود دریافت میدارید؟
- این پاداش را به کدام شکل (پول، لباس وغیره) دریافت میکنید؟
- آیا باین ترتیب که بیان داشتید قناعت دارید؟

اگر جواب نه باشد پس شما درین مورد چه سفارشات دارید؟ آیا مي توانید یك راه حل مناسب را مطرح بسازید. بهتر اینست که به این کار بعد از شنیدن نظرات رهبران قریه اقدام کنید. تیم تحقیقاتی علاوتاً شرایط نامه کار گر صحی جمعیت را نیز مشاهده و جهت بهبود ان نظریه بدهد.

فعالیت های روتین (عادی)

این قسمت کار تیم تحقیقاتي به غرض بررسی فعالیت های روتین کارگر صحی به شمول اشتراك مساعي وی در تطبیق پروگرام مراقبت هاي صحی اولیه، نگهداري اسناد و راپور دهی اختصاص داده شده است. آیا سلسله فعالیت های کارگران صحی با نیازمندی های صحی مردم مناسب و سازگار است؟کارگر صحی یا رهبران چطور برای اتخاذ تدابیر مفاهمه و گفتگو میدارند؟ کارگر صحی جمعیت رادرمقابل پرابلم های آن کی مساعدت مینماید؟

برای تیم تحقیقاتي مطالعه اسناد و فعالیت کارگر صحی یك نظر کلی راجع به نوع فعالیت و موثریت آن در رفع نیازمندي های صحی مردم میدهد. علاوتاً این فرصت را میسر میسازد تا توانایی کارگر صحی را در فهم و درك و استفاده از اسناد ارزیابی نموده و طرز معامله آن را در برخورد با پرابلم های خطرناك نشان بدهد. از کارگر صحی جمعیت سوالات زیر پرسیده شده می تواند:

- فعالیت های روتین شما چیست؟
- کدام یك آن را بیشتر از همه اجرا میدارید؟
- چند نفر دایه های محلی فعال در ساحه شما کار میکند؟
- برنامه واکسیناسیون اطفال را تشریح بدارید؟
- آیا شما اطفال را مستقیماً خودتان وزن مینمایید؟ با ارقام حاصله از وزن نمودن اطفال چه میکنید؟
- آیا واقعات سو تغذی در ساحه شما وجود دارد؟ و آیا در یك موسم معین بوقوع می پیوندد؟
- در مورد اطفال مبتلا به سوء تغذی شدید چه کار را انجام میدهید؟ رجعت به مرکز صحی یا شفاخانه؟
- آیا شما اطفال مصاب به اسهال را مشاهده نموده اید؟ و در کدام موسم تعدادآن به زیادترین حد میرسد؟
- اسباب عمده اسهالات در ساحه شما چیست؟ و اسباب عمدهء مرگ در اسهالات شدید چیست؟
- دی هایدرشن (ضیاع مایعات بدن) را چطور شناسایی مینمایید؟
- محلول اوارس را چطور تهیه میدارید، آنرا نمایش بدهید؟
- چه نوع مشورت برای مادران اطفال مبتلا به اسهال میدهید؟ (شیردهی مادر را دامه داده، تجویز مایعات اضافی، محلول اوارس ادامه تغذي نورمال، طفل مریض را تغذی بیشتر نموده، متوجه علایم دی هایدریشن شده اگر طفل بهبود یافت طالب کمك شده ونیز بگویید که اسهالات در آینده چطور وقایه مي گردد یا هیچ نمیداند.)

سوالات در مورد حفظ الصحه محیطی، تعلیمات صحی وثبت اسناد شامل مطالب زیر میباشد:

- منابع عمدهء آب نوشیدنی در قریه شما کدام است؟ و منابع مذکور در تمام مواسم سال کافی است؟
- عام ترین طریقه جابجاه سازی کثافات در منطقه شما چیست؟
- درین قریه مردم از بیت الخلاء استفاده مینمایند؟ اگر از بیت الخلا استفاده نمی نمایند چرا؟
- چند ماه قبل مردم این جمعیت یك پروگرام پاك کاری را روی دست گرفته بود؟
- آیا شما ویا کسان دیگر در قریه کدام کار در مقابل ملاریا مینمایید؟
- در جریان شش ماه گذشته چه نوع فعالیت های تعلیمات صحی (مثلاً تقویت عمومی صحت، تغذی، شیر دادن مادر، کنترول اسهالات، تهیه آب مشروب، حفظ الصحه محیطی، فامیلی پلانینگ، واکسیناسیون وغیره؟
- آیا شما اسناد فعالیت های خود را نگهداری مینمایید؟ اگر جواب بلی باشد آیا بصورت دوری (مثلاً در هر سه ماه) انرا توصیه و تحلیل می نمایید؟
- آیا این ارقام به کمك سوپروایزر شما تحلیل می شود؟
- آیا با سوپر وایزر تان راجع به آن بحث مینمایید؟

تجهیزات ووسایل

اعتبار کارگر صحی غالباً در موجودیت سامان و ادویه ضروري ارتباط مي گیرد. تیم تحقیقاتی باید پوسته صحی را معاینه نماید که ادویه در آنجا وجود دارد؟ آیا دوایی وجود دارد که ذخایر آن قبلاً به اتمام رسیده باشد؟ آیا این ادویه بصورت سیستماتیک و محفوظ نگهداری می شود؟

سوالات دیگریکه درین مورد پرسان شده می تواند عبارت خواهند بود از:

- آیا در سه ماه گذشته مقادیر کدام یك ازادویه به اتمام رسیده بود و دلایل خلاصی آن چه بود؟
- آیا کارگر صحی جمعیت کدام سهمیه دوایی جدید را اخذ نموده است؟
- آیا کدام منبع غیر دولتی دوایی وجود دارد؟
- آیا کارگر صحی داراي یك لست ستاندرد ادویه میباشد؟
- تیم تحقیقاتی لست مذکور را مشاهده و آنرا با مقدار دوای موجوده در ذخیره پوسته صحی مقایسه نماید.
- آیا کارگر صحی جمعیت ادویه مختلف را در الماری تشخیص و تفکیك نموده می تواند؟

درحالیکه پاکی و انتظام در نگهداري ادویه و تجهیزات علایم منجمنت درست است در عین حال تیم تحقیقاتی متوجه این نکته نیز باید باشد که سامان و لوزام شاید از سبب پاك باشد که اصلاً مورد استعمال قرار نگرفته است.

مباحثه عمومی

در جریان این مرحله سروی برای کارگر صحی جمعیت فرصت کافی داده شود تا نظریات خود را بالای موضوعات مختلف ابراز نظر نماید همچنان تیم تحقیقاتی با استفاده ازین فرصت دربارهء مسایل مهم که بالای کار آیی کارگر صحی موثریت دارد گفتگو و صحبت نماید. علاوتاً موضوعات عدم رضایت و احتیاجات مرفوع ناشده و مشکلات مورد تحقیق قرار بگیرد. ازهمه بیشتر نتیجه نهایي این ویزیت بایست سبب تقویه روحیه کارگر درصحی جمعیت شود.

۲- دایه هاي محلی

دایه هاي محلی در حصص مختلف جهان خواه به صورت رسمی ویا غیر رسمي تربیه یافته وبین ۵۰٪ و ۸۰٪ تمام ولادت ها را نظارت مینمایند. بنابران لازم است تا در ارزیابی پروگرام تربیوي دایه وقت کافی را صرف نموده تا دانش دایه ها در مورد مادران حامله، عملیه ولادت و کیفیت حمایت و نظارت مورد بررسی قرار بگیرد. در یك تعداد ممالك روبه انکشاف مادران حامله و اطفال معروض به خطر در ساحه کار دایه ها قرار مي گیرند. ازینرو تیم تحقیقاتي بررسی خود را با اجراي مشاهدات و مصاحبه بسر باید برساند. یك نمونه پرسشنامه دایه هاي محلی در ضمیمه ۲ ارایه گردیده است.

خصوصیات فردی دایه های محلی:

منظور ازین قسمت شناسایی صفات و اوصافی بوده که یك دایهء خوب وبا کفایت آنرا دارا می باشد. این معلومات برای ومسؤولین امور صحی در پلان کذاری انکشاف دایه های محلي خیلی مفید خواهد بود. میزان خروج دایه های محلی از صحنه کار، آنقدر تشویش را که پرسونل صحی دیگر خلق مینماید، سبب نه می شود. زیرا دایه های محلی از جمله کادر هاي صحی ومردم اهل جمعیت میباشد. از جانب دیگر طوریکه بملاحظه می رسد یك نیاز روز افزون به دایه های تربیه احساس می شود تا که باعث کاهش وفیات مادران در جمعیت شود. خصوصاً ت فردی دایه های محلی که توسط تیم تحقیقاتی مورد مطالعه قرار مبگیرد شامل سن، جنس، حالت مدني، تعداد اولاد، مدت اقامت در محل وغیره میباشد. درین اواخر میزان سواد آموزی دایه های اهمیت بیتشر از پیشتر را کسب نموده است.

معلومات درباره جمعیت

درین قسمت هدف کلی اینست که دایه هاي محلی چقدر دانش و معلومات در مورد ساحه زندگی و مردم آن ناحیه دارد. آیا دایه هاي محلی راجع به ساختار اجتماعي و ثقافتی جمعیت معلومات و آگاهی دارد؟ آیا از رواج و رسوم در مورد حاملگی ها و ولادت طفل وتربیه اطفال اطلاع دارند؟

آیا دایه محلی افراد دیگر را میشناسد که در فعالیت های ولادی و تربیه اولاد اشتغال داشته باشند؟ کدام افراد در جمعیت میل ندارند و قادر نیستند که از خدمات وی استفاده نماید؟ منابع بالقوه او در میان ساحه زندگی کی چیست؟

انتخاب و تربیه دایه های محلی

تیم تحقیقاتی که مسؤول اجرای مصاحبه در جریان سروي میباشد از مطالب زیر به صفت یك اساس برای ترکیب سوالات در مصاحبه استفاده مینماید دایه های محلی چطور انتخاب شدند؟ ازکدام پروگرام تربیوي استفاده نمودند؟ در انتخاب آنها از کدام متودها استفاده برده شد؟ آیا این متود برای مردم در جمعیت قابل قبول بود؟ آیا پروگرام تربیوی کدام شگاف در توانایی دایه های محلی از خود بجای گذاشته است؟ آیا کدام پروگرام تربیوی بیشتر برای دایه ها در نظر گرفته شده است؟

حمایت نظارت و شرایط کار

کیفیت نظارت از نگاه رضایت در وظیفه بالای پرسونل نفوذ عمده دارد. تیم تحقیقاتي باید با دایه ها مصاحبه اجرا نموده تا اگر ممکن باشد نکات ضعیف انها کشف و شناخته شود. آیا دایه هاي محلی از مزدی که در مقابل زحمت خود دریافت میدارند عدم رضایت دارند؟ آیا دایه های محلی از روش پرسونل در سویه اول رجعتي (پرسونل مراکز صحی اساسی) شکایت دارند؟ آیا دایه های محلی همکاری کامل از کارگران صحی جمعیت مي گیرند؟ آیا مردم جمعیت در رجعت مریضان ترانسپورت مناسب بدست رس دایه های محلي می گذارند؟

فعالیت های عادی

درین مرحله تیم تحقیقاتی در عمق وظایف دایه هاي محلی جهت ارزیابی کار ایشان نفوذ نموده و وسعت اشتغال دایه های محلی را در پروگرام های فامیلی پلاننگ، واکسیناسیون و تغذی بررسی مینمایند. چون اختلاطات مرحله سوم زایمان مخصوصاً خونریزی هآی بعدالولادت مسؤول یك تعداد زیاد وفیات مادران بوده متاسفانه در این زمینه برای مداخله مؤثر دایه های محلی امکانات کمتر وجود دارد درین فرصت قضاوت دایه های محلی در پیش بینی انذار و وخامت رول فوق العاده مهمي خواهد داشت. در جریان مصاحبه از دایه هاي محلي پرسان شود که در ماه گذشته

چند زن حامله بنابر خون ریزي بعد ازولادت ویا تب فوت نموده است. چند واقعه آنرا به شفاخانه رجعت داده است؟ آیا او اسناد چنین واقعات را نزد خود نگهداری مینماید؟ معلومات در مورد دانش دایه هاي محلی در شناخت و منجمنت گروه های معروض بخطر باید جمع آوری شود. در جریان مشاهدهء کار دایه های محلی ویا در جریان صحبت باوي مطالب ذیل در ذهن نگهداشته شود: آیا سویه اهلیت مسلکي او براي معامله و تداوي اختلاطات زایمان کافی است؟ آیا او پروسه جمع آوری و نگهداشت ارقام را میداند؟

تجهیزات ووسایل

درین مرحله تیم تحقیقاتي وسایل و تجهیزات لوجستکی دایه های محلی را باید مورد بررسی قرار بدهد. آیا او دارای تمام وسایل و تجهیزات لازمه است که عملیه های ولادي را تحت اجرا قرار بدهد؟ مطابق به استاندرد آیا دارای مقادیر کافی ادویه ولوازم طبی میباشد؟ آیا دایه محلی از تجهیزات که به دست رس او گذاشته شده، استفاده مطلوب نموده می تواند؟ علاوتاً مصاحبه کننده وسایل وسامان دایه را مشاهده نموده تا اگر تفاوت با لست راپور داده شده موجود باشد کشف گردد؟ اگر دایه بگوید که نوزاد را بعد از زایمان وزن مینماید ببینیدکه ترازو برای اینکار بدست رس دارد؟ اگر ترازو داشته باشد مشاهده کنید که درجه صحت آن چقدر است؟ آیا دایه محلی برای قطع حبل سروي (ناف) طفل دارای قیچی ویا پاکی است؟ آیا دایه محلی قبل از انجام ولادت صابون ولگن دست شوی بدست رس خود دارد؟ یك دایه پاك و نظیف به احتمال زیاد از تکنیك محفوظ بیشتر از دیگرانی که نا منظم میباشد استفاده مینماید.

مباحثه عمومی

تیم تحقیقاتی برای دایه محلی فرصت کافی بدهد تا نظریات خود را بالای موضوعات مختلف ابراز داشته، ازین وقت جهت افزایش موثریت کارآیی وی استفاده اعظمی بعمل آید. درعین حال ساحات نارضایتی، نیازمندی های نامرفوع و مشکلات عدید دیگر به پیمانه وسیع مورد بحث و گفتگو قرار بگیرد. از همه بالاتر و مهم تر این ویزیت باید سبب تشویق و تقویت مورال روحیه دایه ها باید شود.

بخش ٦

رهبران جمعیت

مقدمه

این بحث به رهبران جمعیت در جوامع دهاتی که برای سروی مراقبت های صحی اولیه انتخاب شده اند مربوط میباشد. قبل از آغاز کار ساحوی، مصاحبه کنندگان رهبران رادر جمعیت با نظر داشت شرایط محلی برای پرسش سوالات انتخاب خواهند نمود. این انتخاب از بین ملك قریه، رئیس کمیته صحی دهاتی، علما وروحانیون، اعضای شورا رئیس کوپراتیف های دهقانی و رئیس سازمان جوانان و زنان صورت خواهد گرفت. موافقت همگی بالای لست رهبران که با ایشان مصاحبه میشود باید صورت گرفته واگر کدام تفاوت درآن رخ میدهد، درنتایج سروی باید انعکاس داده شود. هدف ازین مصاحبه با رهبران جمعیت این نیست که معلومات راجع به خود رهبران بدست بیاید بلکه هدف عبارت از شناسایی پرابلم های صحی است که دارای اولویت میباشد که قبلاً توسط ایشان درك و شناخته شده است. البته بعد از شناسایی تدابیری را در برابر آن گرفته وسعت حمایت و سهم گیری مردم جمعیت را در ارتقای پروگرام های مراقبت های صحی اولیه پیمایش و بررسی مینمایند.

در بعضی نواحی تجارب کافی در اجرای مصاحبه در سویه جمعیت وجود دارد. برای اینکار مردم جمعیت باید قبلاً از اجرای سروی مطلع ساخته شده و بحث درباره‌ء آن بایك یا دو نفر از رهبران آغاز شود. البته این بحث و گفتگو بالای دورنما و هدف سروی تعلق داشته وشاید هم این امکان میسر گردد که کلیه معلومات مطلوبه در همین مجلس اول بدست بیاید. درغیر آن شاید چنین ضرورت بیافتد که مصاحبه رهبران جمعیت در جلسه متعاقب آن صورت بگیرد. این مصاحبه شامل صحبت و گفتگوي مستقیم و پرسش یك تعداد محدود سوالات غرض اخذ پاسخ میباشد. البته مصاحبه کننده ها از همان آغاز باید نکات مهمی را که مي خواهد ازطریق مباحثه سوال ویا مشاهدات بدست بیاورند باید و بکلی از آن مطلع باشند بالای این کار در جریان پروگرام تربیوی تأکید شده می تواند.

همیشه بخاطر تان باشد که از سوالات که مستقیماً با مراقبت های صحی اولیه ارتباط نداشته باشد خود داری نمایید. مخصوصاً اگر موضوع قابل مناقشه بوده و یا پروگرام جدید باشد. پس با استفاده از پرسش های تفصیلی باید روش و سلوك مردم جمعیت معلوم شود تا تغیرات در پروگرام پیش بيني شده بتواند و یا در فرصت مساعد در آن تعدیلات وارد شود. حتی اگر یك پروگرام در تحت اجرا هم میباشد بهتر آنست که از رهبران جمعیت راجع به اشتراك مساعی جمعیت سوالات نموده و آنرا تحت بررسی قرار داد.

در تحلیل نهایی موفقیت مراقبت های صحی اولیه که بر مبناي حمایت وپشتیبانی مردم جمعیت طرح و پی ریزی شده باشد بالای اشتراك مساعی قوی و دوامدار مردم همان جمعیت ارتباط پیدامینماید. درین قسمت دو هدف عمده، یکی آنکه قوت انگزش مردم در تعمیم مراقبت های صحی اولیه و دوم منابع مالی دست داشته جهت تحقق این همه تعهدات باید بررسی شود. این همه بذات خود یك فرصت دیگر برای ارزیابی ساختار تشکیلاتی به ارتباط اشتراك مساعی جمعیت و به غرض تأمین خدمات صحی به شمول تأمین آب حفظالصحه، رجعت مریضان عاجل به شفاخانه می باشد تیم تحقیقاتي این قسمت را با ارزیابی بخش پنج (کارگران صحی جمعیت و دایه های محلی) و قسمت ۷ (سویه خانواده)یکجاباهم باید انسجام بدهد.

۱- سازمان های جمعیت

مرام و مقصد این بخش مرور عبارت از بررسی این حقیقت است که آیا سازمان های محلی مناسب و مؤثر بغرض حمایت و تقویت مراقبت های صحی اولیه وجود دارد. عموماً در جریان کار چنین دریافت میشود که موفقیت در جلب اشتراك مساعی مردم در انکشاف و عملیات مراقبت های صحی اولیه و ارکان عمدهء آن در قدم اول بالای رهبران جمعیت و پیمانه هم آهنگی نظرات و پیشنهادات ایشان تعلق می گیرد. این هم آهنگی وقت بیش تر از همه حایز اهمیت مي شود که جمعیت از گروه هاي علاقمند با دلچسپی های مختلف متشکل مي شوند. بهر صورت هدف نهایی عبارت از هم آهنگ سازی نظرات و عملیات گروه های مختلف است. درین صورت سویه مرکزی میداند که کدام یك از جمعیت ها داراي کمیته هاي محلی بغرض اتخاذ تصامیم در مسایل صحی و اجتماعي وسایر موضوعات حکومتي میباشد. این معلومات با طرح این سوالات (از قبیل آیا چنین کمیته قانوني و کثیر الهدف بوده می تواند؟ اعضای آن چطور انتخاب شده است؟ اگر کمیته وجود نداشته باشد تصامیم در مورد مسایل مهم محلی چطور اتخاذ می گردد؟) مورد تاکید قرارگرفته می تواند.

۲- تشخیص پرابلم های صحی و خدمات صحی

در این قسمت مرور دلچسپی مردم متوجه آگاهی در مورد پرابلم هاي صحی و طرق چاره جویی آن میباشد. البته طوریکه مبرهن است از هیچ جمعیت به تنهایی توقع برده نمی شود که جهت اجرای یك فعالیت خاص تشویق و ترغیب به اجراأت شود مگر اینکه متقاعد شود که فعالیت مورد نظر در رفع یك نیازمندی صحی نقش عمده را بازی خواهد نمود مصاحبه کننده سوالات زیر را پرسان میکند؟ پرابلم های عمدهء صحی کدام است؟ کدام افراد از همه بیشتر متأثر گردیده اند؟ رهبران جمعیت کدام پروگرام عمده را جهت حل پرابلم خاص روی دست خواهد گرفت؟ رهبران جمعیت چه پیشنهاد در بهبود اوضاع دارند؟ چه کار را قبلاً انجام داده اند؟ آیا شما ارقام راجمع آوری مینمایید؟ آیا نظرات ایشان در مورد خدمات عرضه شده چیست؟

۳- منابع مالی جمعیت و روحیه خود اتکایی

تعهدات مردم جمعیت در جهت تطبیق مراقبت هاي صحی اولیه باید بررسی شود. ازنگاه عملی تعهدات جمعیت عبارت از تخصیص منابع مناسب مالی و تقبل روحیه خود اتکایی میباشد. برای بررسی این موضوع سوالات زیر پرسیده شود:

آیا جمعیت پرابلم های صحی خود را تشخیص نموده است؟

آیا مردم اهداف خود را با اهداف خدمات صحی به غرض نیل روحیه خود اتکایی هم آهنگ ساخته اند؟

آیا در جمعیت شما مثال سازمان دهی و پیشبرد فعالیت های صحی بصورت رضاکارانه و به اساس روحیه خود اتکایی موجود است؟

کدام گروه جمعیت برای ارتقاي صحت نسبت بدیگران کار های بیشتری را انجام بدهند؟

٤- کارگر صحی جمعیت

طوریکه مطالعه نمودید ارزیابی مفصل کارگر صحی قریه و دایه هاي محلی در بخش پنج صورت گرفت. درینجا مردم بصورت خاص قناعت و رضایت خود را از صورت کار کارگران صحی جمعیت و دایه هاي محلی و درجه حمایت ایشان بررسی میدارند. حمایت درینجا نه تنها به مفهوم نظارت اجراأت کار ایشان بوده، بلکه متضمن شناسایی اجتماعي، تهیه کمك های مالی وغیره پاداش ها و مکافات نیز میباشد. اگر احیاناً روابط بین کارگران صحی جمعیت و دایه هاي محلی و مردم در جمعیت تیره و مغشوش شود تیم تحقیقاتی سعی نماید تا اسباب آنرا براي خود معلوم نمایند:

آیا این تیرگی روابط زادهء این حقیقت است که اکثراً مردم کدام پاداش یا مزد (نقدی یا جنسی) نمیدهند؟
ویا اینکه کمیته ملی از صلاحیت هاي نظارتي خود استفاده نمی نمایند؟
اگر پرابلم عمدتاً مربوط به عدم توانایي در رعایت دساتیر از طرف کمیته ملی باشد درین صورت تیم تحقیقاتی شاید به کمیته ملی طرق بهبود و تقویه کمیته هاي محلی را پیشنهاد نماید.

۵- سهم گری سایر سکتورها به صحت

درین قسمت شیوه و طرز کار سایر سکتورها به ترتیب که منجر به حصول نتایج مکمله ونهایی شود ،بررسی می گردد. همچنان چگونگی سازمان دهی جمعیت جهت بر خوردبا این پرابلم ها باید مطالعه شود. در جریان سروی مصاحبه کنند گان باید از رهبران تحقیق نمایند که آیا هر یك از سکتورها دارای کارگران جمعیت اختصاصی خود میباشند؟و آیا ایشان محض در سکتور معینه خود کار مینمایند و یا برای پیشرفت کار با افراد مشابه خود در سایر سکتورها مشوره و هم کاری میکنند؟ علاوتاً ایشان باید سعی در یافتن میکانیزمی بنمایندکه باید بالوسیله آن کلیه فعالیت های انکشافی جمعیت انسجا م یافته و هم آهنگ ساخته می شود. آیا کارگران سکتورهای مختلف فعالیت های مشابه را پیش می برند؟

در جریان کار از رهبران جمعیت پرسید شود که آیا ایشان از طرف سکتور مربوطه اطلاع یافته اند که پروگرام ها به همکاری یکدیگر روی دست گرفته شده تا متمم یکدیگر واقع شود.

- آیا نزد رهبران جمعیت این احساس بمیان آمده که این پروگرام بشکل انسجام یافته آن پیش برده شد؟
- آیا نتایج حاصله کار ایشان را در نیل به اهداف نزد کمتر می سازد؟

برای مثال هر گاه قیمت مواد غذایی سبسایدی (کمك هزینه) می شود باز هم افراد بی بضاعت قادر به خریداری مواد غذایی نمیشوند؟ اگر خانواده ها از فارم مرغ خریداری میکنند آیا ایشان این مرغ ها را برای خانه به مصرف میرسانند و یا آنرا به بازار می فروشند و از پول آن برای مقاصد دیگر استفاده می نمایند؟ آیا در ین جمعیت کدام سیستم کریدت (اعتبار قرضه) وجود دارد؟ آیا پروگرام انکشاف زنان و سواد آموزی وظیفوی وجود دارد؟ آیا سازمان های غیر دولتی در ینجا وجود دارد و به چه فعالیت مصروف میباشند؟

ضمیمه ۳ یك مثال خوب پرسشنامه رهبران جمعیت میباشد.

بخش ۷

سویه خانوار

مقدمه

درین قسمت هر دو معلومات معمولاً در جریان یك مصاحبه در منزل به شمول مشاهدات شخصی که توسط مصاحبه کننده بعمل می آید، از اعضای خانوار جمع آوری می گردد. در ارزیابی مراقبت های صحی اولیه و سروی های خانوار یگانه وسیله جمع آوری ارقام حصایوی مؤثق از قبیل وضع صحی مردم، پوشش خدمات صحی، ارکان مراقبت های صحی اولیه سطح استفاده از خدمات صحی و غیره میباشد.

مصاحبه کننده در جریان گفتگو با یکی از اعضای آگاه و مطلع خانواده (پاسخگوی) سوالات خود را مطرح میسازد. در اغلب اوقات پاسخگوی شاید خانم خانه باشد. علاوتاً ارقام احصایوی با مشاهدات عینی نیز جمع آوری می شود. در ین سویه پرسشنامه باید تا حد ممکن کوتاه، سازمان یافته و عاری از هرگونه ابهام باشد. تا اینکه ارقام بصورت متحد الشکل و موثر جمع آوری شود. دست یافتن و حصول معلومات در سطح منزل از همه بیشتر دارای ارزش میباشد. اما کار سهل هم نیست. بهر حال در مورد جمع آوری معلومات در ین سویه تأکید اساسی در آن است تا معلومات « **صرف بخاطر جمع آوری معلومات** » جمع آوری نگردد. شاخص ها مهم «انتخاب معیارات قرار ذیل است:
آیا این شاخص ها برای تصامیم در مورد پالیسی برای وارسی از پیشرفت پروگرام ها و جمع آوری معلومات (تخنیکی، مالی و اداری) مناسب است؟

مسایل عمده، که درین سویه قابل مطالعه میباشد، قرار ذیل است:

* **عوامل تعین کننده اجتماعی و اقتصادی** به شمول همکاری های کلیدی بین سکتوری و اشتراك مساعی جمعیت که سطح انکشاف را در سایر سکتورها مستقیماً یا غیر مستقیماً تحت تأثیر خود قرار میدهد.

* **عرضه خدمات صحی:** درین زمینه جوانب مختلفه از قبیل دست رسی، قابل قبولیت، قابلیت تحمل، کیفیت و استفاده از خدمات صحی طور که در سویه خانوار قابل درك است، تحت مطالعه قرار بگیرد. نکته قابل یاد آوری اینست که عین معلومات به ازتباط تسهیلات صحی نیز در نظر گرفته شود.

* **معیارات صحی پروگرام های** که به صفت اولویت در مملکت قرار میداشته باشد، نیز جمع آوری می شود. در حالیکه یك قسمت دیگر ارقام حاصله از سروی های منازل یگانه و سیله حصول ارقام میباشد. در حالات که سطح پوشش سیستم اطلاعات صحی بهبود می آید. ضرورت به جمع آوری ارقام در سطح خانوار کاهش می نماید.

١- ملاحظات متودلوجیك

طرز العمل نمونه گیری Sampling proccdure

در مرور مراقبت های صحی اولیه واحد اساسی نمونه گیری احصایوی عبارت ار خانوار میباشد. در عین حال در ین طرزالعمل نمونه گیری بعضی از ارکان (Clustering) نیز شامل میباشد. طرزالعمل نمونه گیری به تفصیل در ضمیمه اول بحث شده که در آن امکانیت یا خوشه ای گرفتن نمونه های بسیار از هم متفاوت به منظور تأمین **دقت در تخمین** (Precision estimate) موردبحث قرار گرفته است. برای مثال، نمونه احصایوی اسهالات نسبت به یك نمونه احصایوی برای مطالعه و اکسیناسیون چهار چند بزرگتر می باشد. اگر در تحت اینگونه حالات اگر این امکانیت موجود نباشد که تمام سوالات از تمام خانوارهای شامل نمونه احصایوی پرسان شودزیرا پرسش تمام سوالات از تمام خانوارها چندان عملی و منطقی نبوده بنابران بغرض کاهش حجم نمونه احصایوی یك نمونه گیری سیستماتیك فرعي اجرا مي شود. (مثلاً از هر چهارخانه یك خانوار انتخاب میشود) درین کار باید احتیاط زیاد بکاربرده شود زیرا نمونه گیری سیستماتیك فرعی سروی را مغلق تر میسازد.

علاوتاً بنابر همین ملحوظ هیچگونه نتیجه گیری از کلستر های واحد شده نه مي تواند. درحالیکه نتیجه گیری از سمپل های بزرگ منطقوی بشکل بهتر صورت گرفته می تواند. اما آن هم مربوط به جوابات ارایه شده می باشد. تعداد کلستر و حجم نمونه هاي احصایوی نتیجه گیری را در مورد روابط بین ارقام مختلف عین پرسشنامه محدود می سازد. (مثلاً تعداد مرگ و میر به مقابل مسکن).

در نهایت باید متذکر شد که واقعات که نادراً بوقوع می آید ویا واقعات که تفاوت های بزرگ در بین گروه های نفوس نشان میدهد نیز ضرورت به سمپل های بزرگ برای **تأمین دقت در تخمین** (Estimation pre-cision) ضرورت دارد. مثلاً: وفیات اطفال کمتر از یك ساله، وفیات خصوصی بعضی امراض ویا استفاده از مایعات اوا رس.

مصاحبه خانوار

در طول دوره جمع آوری ارقام قسمت زیادی وقت، منابع و نیروی بشري در ارزیابی در سویه خانوار مصرف خواهد بود. درین سویه تأثیرات تمام جوانب مراقبت های صحی اولیه بالای وضع صحی مردم مطالعه شده ومورد پیمایش و سنجش قرار می گیرد. طوریکه قبلاً از آن متذکر شدیم درین نوع مطالعات براي رسیدن بیك نتیجه قابل اعتبار بایك **درجه دقت قابل قبول** باید یك تعداد زیاد خانوار ها درین سروی شامل شود.

درین قسمت باید متذکر شد که درجه اعتبار یك تخمین احصایوی نه تنها بالای حجم سمپل متعلق است بلکه بالای کیفیت و قابلیت هریك از جوابات (پاسخ گوی) نیز میباشد. با این ترتیب طرز ارایه سوالات در مقابل پاسخگویی حایز اهمیت زیاد میباشد. درین مورد تربیه مصاحبه کنندگان از جمله مطالب خیلی مهم در اجرای سروی پنداشته مي شود. ترتیب یك پرسشنامه انتخابی و اختصاصی در صرفه وقت و حصول ارقام قابل اعتماد خیلی ها مهم میباشد. درین مورد علاوتاً باید متذکر شد که مصاحبه کنندگان درعین حالیکه پاسخگویان را در اجراي مصاحبه بقدر کافی تشویق نمایندو باید بدانند که چطور بصورت مناسب سوالات را بشکل مطلوب آن از پاسخگویان پرسان نمایند.

مصاحبه کنندگان در جریان مصاحبه باید این توانایی را داشته باشند که سوال را به ترتیب پرسان نمایند که توسط پاسخگویی به خوبی مفهوم شده بتواند. برای ایجاد سهولت مصاحبه کننده می تواند از اصطلاحات محلی استفاده نموده و سوالات را به غرض ایجاد سهولت در فهم آن طوری تعدیل نمایند که در معنی واقعی آن کدام انحراف بمیان نیاید. در اجراي مصاحبه، مصاحبه کننده باید یك فضای گوارا و مطلوب را باید خلق نماید. در جلب همکاری و افزایش درجه سهم گیري دراجرای سروی تعلیمات صحی، پاکت های اوارس و بعضی ادویه عام مورد استعمال در سویه خانه به پاسخگویان داده شود. با این ترتیب از مصاحبه به صفت یك فرصت تعلیمي وتربیوي به غرض تشویق وترغیب پاسخگویان باید استفاده اعظمی نمود تا پیغام صحی و اطلاعات لازمه به مردم برسد تا مورد استفاده قرار بگیرد. اگر چه این روش باعث طولاني شدن وقت مصاحبه مي شود اما موضوع زیاد مهم است باید حتماً در نظر گرفته شده و وقت کافی براي ان تخصیص داده شود. بهرحال احتیاط لازم بخرچ داده شود که پاسخگویان درارایه جوابات به انحراف از واقعات مجبور ساخته نشوند. شاید درین کار موضوع مطلوب این باشد که فعالیت های تعلمیات صحی را تا ختم مصاحبه مؤکول ساخت.

پرسشنامه Questionnaire

طوریکه قبلاً نیز از آن تذکار بعمل آمد که اصل مهم درپرسشنامه عبارت از انتخابی بودن آن در ترتیب سوالات میباشد. در عین حال پرابلم هاي داراي اولویت و معیارات مناسب حال مملکت باید شناسایی گردد. دلیل دیگریکه باید پرسشنامه خلص باشد اینست که اگر مصاحبه مدت زیاد را در بر بگیرد. شاید پاسخگوی از ادامه مصاحبه خودداری نموده و در نهایت شاید هم حاضر به ارایه جوابات نشود.

بنابران یکتعداد محدود سوالات مربوط بیك تعداد معیارات مناسب انتخاب شود تا در یك وقت کم معلومات مورد نظر جمع اوری شود درین صورت شاید مایحصل کار سروي نسبت به سوالات جامع وزیاد داراي نتایج بهتر و بیشتر باشد. درین گونه سروي ها سوالات تاحد امکان واضح و آنقدر مرتب باشد تا تعداد کثیر سوالات مربوط بیك واحد نمونه وي به سهولت در سویه منزل تحلیل و ارزیابی شده بتواند.

فورمه های A و B در ضمیمه ٤ مثال هاي سروي خانوار وپرسشنامه پوشش واکسیناسیون میباشد. فورمه A یکی مثال خوب برای استفاده در سروی هاي خانواردر يك كلستر میباشد. موجودیت ١٠ ستون درین فورمه واحد این امکان را میسر میسازد تا ارقام مربوط ١٠ خانوار در يك دسته از منازل آن درج شود. درین مورد ناگفته نباید گذاشت که در طرح و دیزاین این پرسشنامه ها صرف آن سوالات که جوابات آن قبلاً تهیه شده باشد گنجانیده می شود. برای جوابات تحریری بیشتر جاي کافی وجود نمیداشته باشد. مفاد این فورمه ها اینست که مصاحبه کننده در سفر های ساحوي خود بغرض سروي صرف تعداد محدود ازین فورمه ها را با خود برده، تحلیل و ارزیابی آن ساده تر و سهل تر صورت مي گيرد.

بهرحال این طرح و دیزاین مناسب ترین همه دیزاین ها تحت همه شرایط نمي باشد. در اکثر حالات يك لست کوتاه تر سوالات نسبت بيك لست طولاني مرجح و قابل توجیه میباشد. درین مثال يك تعداد کثیر سوالات مطالب مختلفه را احتوا میکند. مثلاً: خصوصیات عمومی استفاده، آگاهی صحت و خدمات مرتبط به صحت، معافیت، اسهال، ملاریا، مسکن، حمایه طفل و مادر میباشد (موضوع اخیر صرف وقت مورد مطالعه قرار داده مي شود كه يك طفل کمتر از پنجساله در خانوار مسکون باشد) سوالات مربوط به ملاریا، اسهال و مسکن هنگامی پرسان می شود که در منطقه پروگرام ملاریا وجود داشته تا تدابیر جهت مقابله به آن اتخاذ شده بتواند.

از فورمه B برای بررسی وضع معافیت به پیمانهء وسیع استفاده مي شود ، این فورمه صرف با اطفال ١٢ - ٢٣ ماهه سر وکار دارد. در اثنای خانه پری این پرسشنامه این موضوع در نظر باید باشد که صرف ان سوالات پرسان گردد که ارتباط مستقیم در شرایط موجود داشته باشد. محض آن معلومات که از منابع دیگر بدست آمده نتواند درینجا پرسان شود. همه سوالات باید بر اساس موضوع یا پروگرام بدسته های مختلف تقسیم شده وبصورت منطقی متعاقب يك ديگر لست شود. پرسشنامه باید با سوالات ساده آغاز شده تا پاسخ گوی در ابتدا احساس راحت و آرامش نموده وبعداً سوالات مغلق تررا ادامه داده و در نهایت به سوالات حساس پرداخته شود.

بعضی موضوعات که در سویه منزل ارتباط می گردد به شرح زیر راجع به آن مطالعه صورت مي گيرد. سوالات ضمیمه ٤ را که عین سلسله را تعقیب نمی نماید. نیز ملاحظه کنید. درین ضمیمه نه موضوع ونه پرسشنامه جامع بوده و حاوي همه مطالب نمیباشد. بلکه هدف آنست تا پروسس انتخاب معیارات مهم برای اولویت های صحی تحریك و تشویق نموده و در نتیجه يك نمونه از سوالات رابدست بگذارد تا دريك تعداد سروي ها از آن استفاده بعمل آمده و قناعت بخش پنداشته شده بتواند.

۲- عوامل اجتماعی و اقتصادی

بصورت عمومی این عوامل اجتماعی واقتصادی به صفت عوامل تعین کننده سطح صحت و سلامت افراد تلقی می شود. در سطح منزل این عوامل انعکاس دهنده وضع انکشافی وترقي تمامی سکتور ها در زندگی افراد میباشد. با استفاده از معیارات از قبیل سطح استخدام، سطح عاید، سواد، حاصلات زراعتي و مزدها مي توان گروه های آسیب پذیر و طبقات محروم را در ساحات اقتصادی، تعلیم وتربیه و انکشاف اجتماعي شناسایی نموده اگر نمونه احصایوی به اساس متود هاي احصایوي اخذ شده باشد پس این معیارات به تفکیك گروه های فرعي به ارتباط اوضاع صحی یا باسویه هاي مختلفه انکشاف مراقبت های صحی اولیه مورد تحلیل قرار گرفته مي تواند.

استخدام وسویه عاید

در جریان سروي ساحات غیر متجانس (Heterogeneous)[۸] برای مطالعه وضع استخدام و منابع عاید شاید خیلی مناسب باشد. این کار زمینه را براي توضیح اوضاع صحی (سطح صحت و سلامت) در گروپ های فرعي امکان پذیر و مسیر میسازد.زیرا عوامل خطر (Risk factor) در بین دسته هاي مردم که در زراعت و مالداري مصروفیت دارند به مقایسه آنهای که به صنعت و ماشین سر و کار دارند، خیلي از هم متفاوت میباشد. این معیارات سطح استخدام سویه بیکاری یا کم کار و تناسب زنان را که نیروي کار را میسازن، نیزنشان میدهد. لاکن استفاده ازین معیارات در ممالك که اکثر مردم مشغول کارهاي انفرادی نموده و خود مستخدم خود بوده ویا درسکتور هاي غیر رسمي اجرای وظیفه میدارند، مشکل بوده و همین قدر کافی خواهد بود که از منبع عاید ایشان پرسان شود و بس. زمین داری، داشتن گاو، موتر، تلویزیون وغیره ملکیت ها و دارایی ها انعکاس دهنده ثروت بوده ووسیله بدست آوردن عاید از جمله معیارات توزیع عاید فامیل ها بحساب می رود. در نهایت تمام این همه مطالب در عوامل اجتماعی زیان آور (خطر) تلقي می گردد که بالای صحت تأثیر وارد مینماید.

سواد کاهلان

در پیشرفت مفکوره «صحت برای همه» تعلیم وتربیه پرسونل داراي تاثیرات خیلی قوی میباشد. یکي از معیارات تعلیم و تربیه که در تأمین صحت مردم رول بارزشی دارد همانا درجه سواد مردم مخصوصاً دربین زنان میباشد. زیرا زنان از جمله همان افراد هستند که بیشتر از سایر اعضای فامیل در رفع نیاز مندی های صحی اعضاي خانواده مخصوصاً اطفال موثر ثابت مي شوند. علاوتاً سویه سواد یك معیار عدالت اجتماعي نیز پنداشته مي شود. سطح سواد مردم به تفکیك تعداد سال هاي تعلیمی در مکتب و ظرفیت خوانش وظیفوي مورد بررسی وارزیابی قرار می گیرد.

مسکن

خانه و مسکن دارای تأثیرات قابل ملاحظه بالاي صحت افراد میباشد. درین مورد اولین معیار قابل استفاده عبارت از تعداد افرادی است که دریك اتاق زندگی مینمایند. علاوتاً طبیعت و ساختمان خانه از قبیل حجم، عایق بودن مقابل درجات نهایي حرارت سرد و گرم، موجودیت آب، تسهیلات حفظ الصحوي، موجودیت حیوانات تهویه، روشنی وپاکی اطراف محیط منزل درین ارتباط در نظر گرفته می شود. معیارات واقعي وقابل قبول، باید مطابق به شرایط و اوضاع محلی ویا مملکت تعین و مشخص گردد. درین ارتباط تغیرات که در روشنی معیارات در طول يك دوره‌ء زماني رخ میدهد نسبت به ارزش مطلقه آن اهمیت بیشتر دارد. ازینرو مطالعه اوضاع مسکن در ممالك که داراي چنین پروگرام تهیه مسکن هستند مناسب تر میباشد. درغیر آن اگر پروگرام موجود نباشد زمینه برای ایجاد اصلاحات نیز در میان نمي آید.

یادداشت: ارقام مربوطه توسط يك چك لست قبلاً تهیه شده به شکل بهتر بدست می آید تا به ارایه سوالات پاسخگوي در خانوار.

آب

آب رول عمده در تأمین صحت دارد. صرف موجودیت يك منبع آب هیچگاه بذات خودیك تضمین برای حصول دایمی آب و محفوظیت آن پنداشته نمی شود. همچنان يك منبع مستلزم داشتن آبرو بوده که آب های اضافی ذخیره نشده زیرا در غیر آن آب باعث ایجاد شرایط نامساعد برای صحت می شود. در صورت عدم موجودیت منبع آب در داخل منزل موجودیت نل عمومی و یایك چاه محفوظ در مجاورت منزل (در يك فاصله معقول پیاده روی مثلاً برای ۱۵ دقیقه) از جمله معیارات دیگر است. سوال درینجا ست که آیا این آب همیشه در دست رس مردم قرار دارد ؟ اگر باز هم معلومات بیشتر مورد ضرورت باشد مثلاً تسهیلات ذخیروی آب در داخل خانه باید تحت مطالعه قرار داده شود تدابیر حفظ الصحوی ضد عفونی آنرا مخصوصاً به ارتباط امراض اطفال و کودکان باید در نظر گرفت.

مواد خوراکه و مصؤنیت غذایی

موجودیت مواد غذایی، احتیاجات غذایی و پالیسی قیم مواد غذایی به صحت مردم ارتباط نزدیك دارد.
سوالات که در ین مورد مطرح میشود عبارتند از:

- چه نوع مواد غذایی از همه بیشتر مصرف می شود ؟
- آیا مواد خوراکه مفیدی قابل دست یاب موجود بوده و مردم تحمل خرید آن را دارد ؟
- آیا حکومت اقلام مواد غذایی را سبسایدی مینماید ؟
- کدام پروگرام کنترول قیم مواد غذایی وجود دارد ؟
- آیا درین منطقه کشت مواد خوراکه مغذی و پروگرام مرغداری وجود دارد ؟
- آیا در مکاتب و کودکستان کدام پروگرام متمم غذایی رویدست است؟

علاوتاً موضوع مهم دیگر آنست که کدام گروه مردم منطقه ازین پروگرام نفع برداری مینمایند. آیا اینها کسانی هستند که از همه بیشتر نیازمند و محتاج باشند؟ برای مثال پالیسی تعین قیم در مورد بعضی اقلام ضروری مواد غذایی شاید منجر به پیدایش غذایی و دست یابی مردم نادار به آن نشود. زیرا شاید ایشان قادر نشوندکه اغذیه مذکور را به مقادیر کافی بدست بیاورند و یا مواد خوراکه ارزان قیمت برای ایشان میسر نشود. همچنان مثال زنده دیگر عبارت از پروژهء مرغداری در یك دهکدهء میباشد که مرغ های آن به غرض حصول پول به بازار به فروش رسیده و مردم مؤلد از آن محروم میمانند.

سایر عوامل

به ارتباط وضع عمومی مملکت و اهداف سروی موضوع مطلوب این خواهد بود که سهم سایر سکتورها (به علاوهء آنهای که فوقاً به تفصیل از آن بحث بعمل آمد) را در تأمین و ارتقای صحت تحت مطالعه قرار داده شود.علاوتاً لازم است تا با یك نظر دقیق در پخش و انتشار معلومات صحی توسط سایر سکتورها تحت مطالعه قرار داده شده تا دیده شود که از نگاه تربیوی و تقویتی چه تأثیرات را بالای صحت دارا میباشد.

برای مثال: آیا سکتور زراعت معلومات کافی در مورد استعمال محفوظ حشره کش ها و تأثیر سمی آن بدست رس مردم می گذارد؟ همچنان باید بصورت همه جانبه متوجه شد که سایر سکتورها در مورد جوانب تقویت صحت نظریات متضاد، مخالف و یا متمم را بمردم عرضه میدارند یا خیر؟ این همه معلومات مخصوصاً که ارتباط مستقیم به صحت دارند توسط کارگران توسعه زراعتی، معلمین، کارگران اجتماعی توسط پرسشنامه در سویه منزل جمع آوری شده می تواند.

در نهایت مطالعه سیستم های کوپراتیفی و پروسه تشویق مردم بغرض سهم گیری معلومات کافی را بدست رس می گذارد. در ین ارتباط به سوالات زیر باید پاسخ گفته شود:

- آیا مردم جهت اجرای پروژه های انکشافی به تمویل پروژه ها موافقت دارند؟
- آیا مردم در ادای سهمیهء مالی به کدام پرابلم مواجه نه میباشند؟
- آیا ایشان از سیستم کمك مالی مستفید شده اند؟
- آیا مردم گاهی در یك فعالیت دسته جمعی اشتراك عمل نموده اند؟
- آیا از کارگران صحی جمعیت خود رضایت دارند؟
- آیا مجالس کمیته محلی قریه بصورت منظم دایر می گردد؟

این مطالب برای بررسی کار ساده نبوده زیرا تا به حال کدام معیار قابل اعتبار بمیان نیامده است. بنابران در یك مصاحبه مختصر حصول این همه معلومات که انعکاس دهندهء اوضاع و شرایط محلی باشد خیلی مشکال به نظر می رسد. معهذا اشتراك مساعی مردم جمعیت تطبیق پروگرام ها مراقبت های اولیه اهمیت قاطع داشته و با استفاده از قضاوت های ذهنی (سبجیکتیف) مردم جمعیت بررسی خواهد شد.

۳- عرضه خدمات صحی

جمع آوری معلومات درمورد دستیابی، استفاده و کیفیت خدمات صحی کار مشکل خواهند بود. درین مورد باید متوجه شد که داشتن یك معیار مرکب Composite Indicator برای عرصه خدمات صحی بهتر خواهد بود. تا بصورت مطمئن گفته شده بتواند که ۷۵٪ نفوس منطقه از خدمات صحی با کیفیت عالی بر خوردار میباشد. این در واقعیت یك معیار پوشش (Coverage) میباشد اما برای این کار کدام نوع معیار قناعت بخش در حال حاضر وجود ندارد. بنابران باید مفکوره عمومی پوشش عرضه خدمات صحی به ارکان مختلف تفکیك و سعی گردد تا در مورد هر یك از جوانب آن معیارات خوب دست یاب گردد. یکی از طرق اینکار در تفکیك هر یك از سویه هاي عرضه خدمات (سویه اول عرضه به مقایسه سویه های ثانوی و رجعتی عرضه خدمات صحی) میباشد طریقه دیگر آن به تفکیك پروگرام های مختلفه صحی مثلاً حمایت طفل و مادر، معافیت، حفظ الحصه محیطی وغیره میباشد بالاخره نوع اخیر آن از نگاه مفکوره معیارات برای قابل دست رسی استفاده از خدمات صحی وضع مینماید.

قابلیت دست رسی Accessibility :

برای پیمایش درجه دست رسی باید به جوانب مختلف نظر انداخته شود:

دست رسی فزیکی:

یکی از اولویت های مهم در عرضه خدمات صحی دست رسی فزیکی است. برای نیل به این مرام مرجح آنست که یك تعداد محدود پروگرام هاي صحی مثلاً تهیه آب مشروب، حمایه طفل و مادر و خدمات معالجوی در سویه اول انتخاب شده برای هریك آن معیار اختصاصی وضع نمایید. درعین حال سعی کنید که چطور دست رسی را تعریف نمایید برای مثال یك ساعت پیاده روي از منزل تا به مرکز صحی، و یا نیم ساعت سفر توسط گادی وغیره. اینگونه معیارات در نواحی مختلف شاید تفاوت نموده و حتی در مورد ارکان مختلف خدمات صحی شاید فرق نماید،این موضوع را باید یاد داشته باشید که دست رسی فزیکی در سویه جمعیت نسبت به سویه منزل بهتر بررسی می گردد چون منازل در یك جمعیت بعضاً پراگنده و از هم دیگر دور از واقع شد می باشند.

دست رسی اقتصادی و کلتوری (ثقافتی) Economic and cultural accessibility

دست رسی اقتصادی عبارت از توانایی مردم در پرداخت اجرت معاینات یا پرداخت قیمت ادویه و یا هردوی آن میباشد. اگر همه خدمات صحی در جمعیت عرضه شود ولی نه فرد و مردم قدرت تادیه پول آنرا نداشته باشند پس از نگاه اقتصادی قابلیت دست رسی ندارند.

دست رسی کلتوری عبارت از پذیرش و استفاده از خدمات صحی میباشد. مثلاً در بعضی از جوامع کارگران صحی زنانه نسبت به مردانه در عرضه خدمات صحی بران طبقه اناث ترجیح داده می شوند. قابلیت دست رسی همچنان به این مفهوم است که خدمات باید به اولویت هاي صحی ارتباط و مناسبت داشته و اهتمامات صحی یا کیفیت مناسب را به مردم عرضه میدارد.

استفاده از خدمات Utilization of Service

استفاده از خدمات صحی یا بعبارهء پوشش واقعی به صفت فیصدی مردم است که واقعاً به آن خدمات ضرورت داشته و از آن در مدت معینه مثلاً یك سال استفاده می نمایند. برای مثال فیصدی اطفال معروض بخطر که واکسیناسیون شده، فیصدی زنان حامله که واقعاً از خدمات انتی نتال استفاده نموده ویا زایمان ایشان توسط پرسونل تربیه یافته سرپرستی شده، تحت پوشش خدمات صحی قرار گرفته اند. همچنان فیصدی مردم که به خدمات طبی معالجوی نیاز داشته به تسهیلات صحی مراجعه نموده از آن استفاده میدارند درین زمره شامل میباشد. این مطلب در مورد بررسی کیفیت عرضه خدمات صحی در سویه اول از همه بیشتر مورد پسند و تطبیق قرار می گیرد. همچنان وضع مراجعت به سویه های بالاتر بغرض جستجوی تداوی و معالجهء مناسب میباشد. آیا مردم ازین خدمات طبی به تصمیم وابتکار خود استفاده مینمایند ویا به مشوره کارگران صحی به آن مراجعه مینمایند؟ آیا کدام پرابلم صحی بخصوص وجود دارد که مریضان به سویه بالاتر تسهیلات صحی غرض تشخصیص و تداوی آن مراجعه میدارند؟

طوریکه به ملاحظه میرسد مردم به ترتیب که توقع برده می شود از خدمات صحی موجوده مخصوصاً در سویه اول استفاده صحیح نمی دارند. درین گونه حالات باید دلایل آن دریافت شود. در بعضي حالات بنابر عدم موجودیت ادویه ضروری ویا ساعات نامناسب کار مرکز صحی از آن استفاده بعمل نمی آید. زیرا ممکن در عین ساعات کار شاید مادر یا پدرطفل در فابریکه ویا در امور زراعتی خود مصروف کارباشند. علاوتاً مردم به تسهیلات صحی بزرگ مثلاً شفاخانه حتی در فواصل دور جلب می شوند و به آن مراجعه میدارند. در بعضی نواحی عرضه خدمات صحی علی البدل (مثلاً طب عنعنوی) نیز مورد بررسی قرار بگیرد تا دیده شود که مردم از آن استفاده می نمایند یا خیر.

کیفیت عرضه خدمات صحی

بصورت ایدیال معیارات سطح پوشش با معیارات کیفیت عرضه خدمات صحی مکمل یکدیگر باید شوند. اگر چه استفاده از خدمات صحی به ذات خود یك انعکاس کیفیت آن میباشد. اما کنترول کیفیت موضوع مغلق بوده و مستلزم تهیه پروفیل یك تعداد از معیارات ضروری میباشد. این معیارات براي مقاصد اداری و فعالیت های نظارتی مخصوصاً در سویه ناحیوی (ولسوالی) مورد ضرورت واقع می شود. چون یك مقدار زیاد معلومات مربوطه به کیفیت در سویه جمعیت به وجه بهتر جمع آوری مي شود. بنابران یك تعداد معیارات به شکل چك لست در پرسشنامه سروی خانوارها شامل ساخته شود. مثلاً نوع معلومات که برای مادران در مورد معافیت، کنترول اسهالات وغیره داده می شود. این معلومات را به شما کی داد ؟، مادر حامله تحت چند معاینه قبل الولات قرار گرفته است؟ آیا طفل بعد از زایمان وزن شده بود ؟

٤- معیارات پروگرام های صحی

طوریکه فوقاً از آن تذکر بعمل آمد پوشش صرف هنگامی دارای مفهوم واقعی میشود که به یکی انواع خدمات ارتباط بگیرد برای مثال بعضی از امثلهء ارکان مراقبت های صحی ذیلاً داده شده است.

تعلیمات صحی

جمع آوری معلومات در باره سواد صحی «Health litracy» مخصوصاً به ارتباط فهم و دانش مردم در باره تغذی، نیازمندی های صحی و چگونگی وقایه و جلوگیری پرابلم های عام صحی خیلی ضروری میباشد. تیم تحقیقاتی پروگرام های صحی محلی ملی را که شامل تعلیمات صحی نیزمی باشد تحت مطالعه قرار داده و بعداً معلومات دقیق تر را در ساحات خاص با پرسش سوالات زیر بدست خواهد آورد:

- در مورد پرابلم ها چه نوع فهم و دانستگی وجود دارد ؟
- آیا روش مردم تغیر یافته است؟
- کی و یاکدام منبع در پخش معلومات کمك خواهدنمود ؟ (مثلاً ارتباط جمعی، کارگران صحی و خود مردم)

معافیت

معیاد که در معافیت مورد استعمال دارد همانا فیصدی اطفال معروض بخطر است که در مقابل امراض ساری دورهء طفولیت واکسیناسیون شده اند. (فورمه B ضمیمه ٤ را ملاحظه کنید) فیصدی اطفال که با تمام انتی جن ها کاملاً معافیت حاصل نموده عبارت ازمعیاراست که به نمایندگی از مجموع خدمات صحی و حداقل سه تماس (مراجعه) بین خدمات صحی و طفل مورد بحث میباشد.

تغذی

وضع تغذی یك معیار مفید بوده و از اندازه گیری های انتروپومتریك بغرض بررسی رشد و نموی جسمانی اطفال استفاده می شود. همچنان و معلومات لازمه در نتیجه پروگرام های سرویلانس تغذی بدون اینکه مبادرت به اجرای سروی های خانوار شود بدست رس قرار می گیرد.

وزن کودك نوزاد (۲۵۰۰ گرام) یك معیار خوب تغذی جمعیت بوده (همیشه به فی هزار ولادت زنده محاسبه میشود) اما کم وزنی نوزاد نیز به بعضی امراض (مانند ملاریا) و یا کمبود های خصوصی مورد غذایی (مانند جاغور اندیمیك) ارتباط می گیرد. لاکن در محلات که نظارت زایمان ها توسط پرسونل صحی تربیه یافته کم یاشد جمع آوری ارقام خیلی مشکل خواهد بود.

اندازه محیط بالایی بازو درین اواخر جهت بررسی سویه تغذی اطفال وسیعاً مورد استفاده قرار گرفته است این معیار خاصتاً به ارتباط طول قامت طفل خیلی مهم میباشد. اما از نگاه برسی (وقت) یك تعداد نواقص داشته اما به صفت یك وسیلهء تشخیص سویه تغذی در جمعیت پنداشته می شود برای وارسی رشد و نموی جسمانی اطفال آنقدر مورد استفاده ندارد.

حمایه طفل و مادر و کنترول امراض اسهالی و سایر پروگرام ها

طوریکه قبلاً گفته شد هر گاهی که یك پروگرام از جمله اولویت ها بوده باید معیارات خیلی مهم جهت بررسی پیشرفت آن انتخاب شود. به ارتباط پروگرام حمایه مادر باید گفت که مفیادات که از قبیل دست رسی به معلومات فامیلی پلانینگ فیصدی استفاده از طرق مختلف کانتروسیتیف و فیصدی زنان حامله که برای مراقبت های قبل الولادت مراجعه مینمایند انعکاس دهندهء خدمات حمایه طفل و مادر تلقی می شود.
معیارات امراض اسهالی (و یا امراض دیگر) انعکاس دهنده وسعت حجم وقوع امراض در اطفال (به شمول آنهای که به کلنیك مراجعه نمی نمایند) و درجه وقایه و کنترول در سویه خانوار میباشد.

نمونه گیری برای سرویهای مراقبتهای اولیه صحی

۱- مقدمه

تصامیم پیرامون نمونه گیری خانوارها یاافراد باید یك سلسله مشکلات وموانع را بشمول بودجه وزمان براي اکمال سروي ازمرحله پلان گذاري الي نشر آن، درنظر داشت.در اثناي این مشکلات مهم است تا واحد اساسي نمونه گیري را تشخیص وتعریف نمود. که این واحداساسي براي سروي هاي مراقبت هاي اولیه صحي معمولاً خانوار خواهد بود واندازه نمونه باید سنجش شود، مسأله مهم در تصمیم گیري در مورد اندازه مناسب نمونه نیست.طوریکه کیفیت معلومات که ازیك نمونه بسیار بزرگ بامشکلات مالي وفزیکي بدست مي آید،در نظرگرفته میشود.ساختار نمونه نیزداراي اهمیت میباشد.معمولاً بعضي عناصر کلسترراشامل میباشد وهرقدر تعداد کلستر هابراي اندازه یك نمونه معینه کمتر باشد به همان اندازه ارقام معلوماتي کمتر را دارا خواهد بود ، پیش از آنکه ارقام جمع آوري گردد مهم است متیقن بود که در مطابقت به منظور سروي با استفاده ازجد اول مرتبه تحت تحلیل قرار گرفته میتواند.ودر مورد طرز ارائه وگذارش ارقام بشمول جداول، چارت ها وگرافها نیز باید فکرکرده شود.

درحالیکه توجه به سایز وساختار نمونه پراهمیت است بخاطرباید داشت که اهداف ومرام سروي، ومطالعات مراقبت هاي اولیه صحي داراي عین اهمیت میباشد ونه باید گذاشت که تحت ملاحظات احصائیوي قرارگیرند، سنجش هاي اولي در هر زمان این باشد که ایا ارقامیکه با استفاده از فورمه هاي مشخصي نمونه گیري جمع آوري میگردد مفیدوقابل استفاده میباشند،این بالنوبه باید درمقابل اهداف وسایر امکانات موجوده پیرامون سروي مورد سنجش قرارگیرد.

این حالت به ندرت صدق میکند که میتود بکلي (صحیح) ومیتود دیگربکلي (غلط) باشد اما این بهتر احتمال دارد که یك انتخاب دربین کم وبسیار مکفي واقع شود وگاهي بین اجراي چیزي بصورت سرسري ویاعدم اجراي چیزي بصورت کل یقیناً یك متخصص احصاییه میتواند رهنمایي نماید وکریتریاي اساسي را به خاطر بررسي فورمه ها وجداول نمونه گیري بخش هاي آینده پیشنهاد نماید، مگردراخیر مسؤولیت بدوش مینیجرسروي باقي خواهد ماند تا بداند که نمونه هاي مختلف باسایز هاي مختلف بچه اندازه درکمیت وکیفیت معلومات حاصله تاثیر مي نماید.منظورآنست تا درمقابل منابع بکاربرده شده استفاده اعظمي راحاصل نمود.

۲- بعضي مفاهیم اساسي

واحد هاي اساسي نمونه گیري

معمولاً خانوار بصورت عموم واحد اساسي نمونه گیري سروي مراقبتهاي اولیه صحي میباشد.سایر واحد هاي اساسي ممکنه انواع سروي هاي دیگر عبارتند از (جدول الف - مطالعه شود)

جدول الف-۱ واحد هاي ممکنه انواع مختلف سروي ها

نو ع سروي	واحد اساسي نمونه گیري
معافیت کتلوي EPI	اطفال سنین ۱۲ تا ۲۳ ماهه
حمایه طفل ومادرMCH	خانمهای حامله
وضع تغذي	اطفال سنین ۱-۳ ساله (یاکمترازه۵ساله)
امراض اسهالي	اطفال کمترازه۵ساله (یاکمترازه۲ساله)
صحت محیطی	خانواریاجعیت
استفاده ازخدمات صحی	خانوار

انتخاب واحد اساسي نمونه گیري نفوس مورد نظر سروي را تعریف مي نماید، بطور مثال اگر مادران بحیث واحد اساسي نمونه گیري انتخاب گردند،متغییرهاییکه درسروي تحت مطالعه قرار میگیرد عبارت ازخاصیت هاي (مشخصات)چنین مادران خواهد بود یااطفال همین نوع مادران یاخانوارهاي که داراي چنین مادران باشند، نه اینکه بطور مثال مشخصات خانوارها بصورت عموم اندازه گیري نمایند.درمورد اکثر واحدهاي نمونه گیري یك چوکات ساده نمونه گیري وجود ندارد، یا بعباره دیگر یك لست ساده‌ء که انتخاب واحدهاي مشخص نمونه گیري را بدون رفتن به ساحه امکان پذیر گرداند موجود نخواهد بود به شکل معمول این امکان وجود دارد که جمعیت هابه شکل قریه ها، بلاك هاي سرشماري ،بلاك هاي شهري، جزیره ها وغیره انتخاب شوند، بعضي اوقات لست هاي خانوار چنین جوامع نیز موجودي باشد، بهر صورت از جمله نادرات است که ریکارد هاي صحي را پیدار نمود تا بصورت مکمل و UP-TO - DATE نفوس موجوده مادران شخص یااطفال را دارا باشد، بازهم اگر چنین باشد خطرات عیني دربکاربرد چنین ریکاردهابخاطرانتخاب سمپل (نمونه) که در

برسي پوشش استفاده از خدمات مراقبت هاي صحي ازان استفاده ميگردد ، وجود خواهد داشت از طرف ديگر ، اگريك ميتود قابل قبول بخاطر انتخاب يك به يك ازخانوارها برقرار گردداين يك طرزالعمل غير مسقيم را براي دريافت نمونه ازواحد هاي نمونه گيري ازميان هريك خانوار مهيا ميگرداند. باوجود اينكه اگر منظور اصلي واساسي سروي مطالعه يكي از واحدهاي ممكنه مختلفه نمونه گيري كه درجدول (الف-١) لست شده اند باشد ، هنوزهم دلايل خوبي وجود دارد كه چرا سروي بايد درمورد نمونه خانوارها متكي باشد.همچنان سنجش درمورد ميتودهاي انتخاب خانوار بحيث واحدهاي اساسي نمونه گيري دربخش آينده محدود شده است.

مشكلات زماني واقتصادي معمولاً انتخاب رندم ساده نمونه هاي خانواررا ازميان خارج مي سازد.وكدام شكل نمونه گيري كلكسترمورد قبول واقع ميگردد ، وگروپ بندي طبيعي خانوارها چون قريه ها مورد استعمال قرار ميگيرد. اين ممكن است وبراي دلايل مصارف وكمي وقت اكثراً ضرورت ميافتد تامرحله ديگرنمونه گيري بميان آورده شود.بطور مثال ابتدا ولسوالي انتخاب گردد بعد ازان قريه هاي شامل آن ولسوالي ،بلاخره خانوار هاي شامل قريه ها اين چوكات نمونه گيري چند مرحله اي درصفحات (......تا .....) زير بحث گرفته ميشود وساده ترين حالت آن كه عبارت از انتخاب مسقيم قريه هاميباشد درصفحات (.....تا ....) بصورت مفصل در نظر گرفته شده است .

انواع مختلفه اندازه گيري.

دريكسروي مراقبتهاي اوليه صحي ارقام به انواع مختلفه ومتعدد اندازه گيري جمع آوري ميگردد. واكثر اين اندازه گيري ها ميزان هامي باشد. در تر مينولوژي نمونه گيري بين ميزان ها (Rates) تناسب(Proportion) ونسبت ها (Ratios) تفاوت واضح وجود دارد. يك تناسب عبارت ازميزان استكه مخرج آن مجموع تمام واحدهاي نمونه گيري در يك نمونه باشد، يا مجموع تعداد واحدهاي اساسي دركلسترهاي ميتعدد دريك ساحه جغرافيايي ميباشد.

يك نسبت عبارت از يك ميزان است كه مخرج آن قيمت هاي ديگري را دارا ميباشد بطورمثال ميتواند مجموع تعداد ديگرواحد هاباشد يا تعداد واحدهاي اساسي دربعضي كلاسها كه كلسترهاراقطع مي نمايد خواهد بود.

فرق بين يك نسبت وتناسب زماني قابل اهميت ميباشد كه سايز نمونه تحت بررسي قرارگيرد وارقام تحت تحليل باشند. وتميزآن اكثراً به بسيارآساني توسط يك مثال روشن شده ميتواند فرض نماييد كه

نفوس تحت هدف متشکل از خانوارها (که خانوارها نیز واحد اساسي نمونه گیري معني میدهد) واین ممکن است که نمونه رندم ساده خانوارها بحیث کل ازنفوس حاصل گرددوبعد تناسب نفوسیکه داراي بیت الخلا میباشند چنین تخمین خواهد شد:

$$\frac{\text{تعداد خانوارهاي داراي بيت الخلاء در نمونه}}{\text{تعداد خانوار ها درنمونه}}$$

همچنین ، فرض نمایید که منظوردیگر سروي عبارت از تخمین میزان مصابیت اسهال در بین اطفال کمتراز ٥ سال باشد .این میتواند از همان نمونه قبلي تخمین شود وتوسط:

$$\frac{\text{تعداد اطفال متر از ٥ساله که به اسهال مصاب اند}}{\text{تعداد اطفال کمتر از ٥ ساله درنمونه}}$$

دراین جافرق عمده از حالت قبلي این است که سایز نمونه دیگربحیث قاسم بکار نرفته است وآن عبارت ازاطفال کمتراز٥ساله درنمونه بوده که طي اجراي سروي دریافت شده وارزش آن تازمانیکه سروي به اتمام نرسیده معلوم نمیگردد.این بذات خود یك عدم اطمینان رادرتخمین حجم نفوس نمونه بارمي آورد وبه همین دلیل یك نسبت ازین نوع یك تخمین بادقت کمتر را نسبت به تناسب ساده براي عین سایزنمونه خواهد داد.

انواع دیگر اندازه گیري نیز میتواند دریك سروي استعمال گردد. دریك اندازه گیري به شکل کتگوري، سوال شونده دریکي ازکلاسها یا کتگوریهاي متورد مختلف خواهد افتاد (بطورمثال بمنظور تداوي مریضي دفعه آخرت بکجارفته بودي؟) کتگویرها شاید به شکل طبیعي ترتیب شده باشند (بطورمثال اوسط محیط بالاي بازو در زون سرخ، زرد یاسبز)نظریات میتوانند باساس سکیل کتگوري ترتیب شده ثبت شوند (بطورمثال،قویاً موافق، موافق بدون اظهار نظر، مخالف،شدیداً

مخالف) امااینها براي مطالعات مراقبتهاي اوليه صحي بخاطر مشكلات درتغيير آنها آنقدرمناسبت واقع نميگردد.

ارزش هاي عددي ميتواند به شكل اعداد تام (معمولاً اعداد تام، مانند تعداد اطفال ياعمربه سالها) يابه شكل اندازه هاي عشاري وكسري(مانند اندازه وزن، قدوغيره)واقع شوند، وقوع اندازه هاي كسري درمطالعات مراقبتهاي اوليه صحي كمتر اتفاق مي افتد، زيرا لوازم اندازه گيري دقيق ضروري بوده ووقت زياد را دربرميگيرد.

كيفيت‌معلومات: اشتباهات‌وعدم‌اطمينانيت:

ميتودهاي جمع آوري ارقام كه درذيل توضيح ميگردد تخمين ارزش هاي نفوس را بدون اشتباهات مهيا ميگرداند هرگاه يك تخمين بدون اشتباه باشد، اين ممكن است تادرجه عدم اطمينانيت ارزش تخمين شده توسط انحراف معياري srandard Error يا seبررسي ميگردد. اگر بصورت درشت سخن گفته شود يك اطمينان ٪۹۵ موجود است كه ارزش واقعي پرامترنفوس بداخل انتروال ذيل واقع شود:

(Se 2+ ارزش تخمين شده) تا (Se 2_ ارزش تخمين شده)

اين انتروال بحيث ٪۹۵ انتروال معتبرشناخته شده (وبعضي ازمثال ها درصفحات ... تا ...داده شده) اندازه انحراف معياري هرتخمين مربوط به سه چيز است :

سايز نمونه (هر قدر سايز نمونه خورد تر باشد بهمان اندازه انحراف معياري بزرگتر ميباشد).

ساختار نمونه (هر قدر ارقام منشعب شده باشند بهمان اندازه انحراف معياري بزرگتر ميباشد) وطريقه مطالعه اندازه هاي كه دربين نفوس تحت هدف توزيع شده باشند، هيچ تخمين بدون ارائه انحراف معياري نبايد بيان گردد. باوجود آنكه اگر سروي ديزاين شده باشد وسايز نمونه انتخاب شده باشد تايك دقت معين (بطورمثال ٪ ۱۰ درتخمين يك تناسب) تصاميم درمورد ديزاين وسايز نمونه باساس پيش گويي كه موثقيت آن غير مطمين است استوار ميباشد يگانه شاخص مطمين دقت يك تخمين انحراف معياري آن بوده كه مستقيماً ازارقام سروي محاسبه ميگردد.

بکار برد هریك از مفکوره هاي که درفوق تذکار بافت به تفصیل درذیل زیر بحث قرار میگیرد.

۳-انتخاب‌نمونه‌کلسترهاي‌خانوارها

انتخاب نمونه کلسترهاي خانوارها میتواند درمراحل متعدد صورت گیرد. پرنشیپ هاي اساسي بخاطر تصمیم گیري پیرامون سایز نمونه وساختمان ومیتود هابراي محاسبه تخمینها وخبط هاي معیاري جهت وضع ساده تر دراول ارائه میگردد طوریکه انتخاب قریه جات مستقیماً دربین یك حوزه صورت گرفته وتخمین ها براي آن حوزه حاصل میگردد.ادامه مراحل متعدد نمونه گیري مستقیماً پي برده میشود وتوسط مثال دربخش هاي ٦و٧ درصفحات .... تا ...تشریح میگردد تعداد قریه ها وخانوارهایکه باید انتخاب شد درصفحات ......تا .... مورد بحث قرار میگیرد . دربین جاتنها میتود انتخاب درنظرگرفته شده است.

انتخابکلسترها

داشتن لست تمام قریه ها دریکحوزه، جاییکه باید سروي انجام داد شود ضروري میباشد. این اکثراًمفید میباشد تاترتیب قریه هادرین لست بصورت قصدي (Purposive) تنظیم گردد. فرض نمایید که یك سروي اندازه گیري مراقبتهاي صحي مورد اجراء قرار گیرد. درینجابعضي معلومات اولي ومقدماتي میباشد شاید یکسروي سابقه یاریکارد هاي تسهیلات صحي که امکان دارد قریه جات را باسکوربلند وقریه جات را باسکورپایین نشان دهد. درینصورت لست باید ازسکورپایین به سکور بلند (یاازبلند به پاین)پیش از آنکه انتخاب صورت گیرد ترتیب گردد (به تفصیل درصفحات ...تا ...مطالعه گردد) براي آنکه انتخاب صورت گیرد ضرور است تا اندازه نفوس قریه را دردست داشت. اندازه گیري ممتاز داشتن تعداد خانوارها درهرقریه میباشد اما فرض نمود که اوسط تعداد خانوار از یك قریه باقریه دیگرآنقدر متفاوت نباشد واندازه گیري عمومي تعداد نفوس از هم متفاوت باشد. وسپس نفوس تراکمي قریها درستون سوم جدول الف -۲ نشانداده شده محاسبه گردیده است .

بمنظور نمایش فرض نمایید که انتخاب سه قریه ازجمله ده قریه لست شده تقاضاشده باشد نفوس مجموعي قریه ها (٦٧٠٠) راتقسیم بر۳(تعداد قریه هادرنمونه) نمایید:

۶۷۰۰ -۳= ۲۲۳۳

جدول الف- ۲: انتخاب قریه ها براي يك كلسترنمونه

قریه ها	تعداد نفوس	تعداد نفوس تراکمي
۱	۱۰۰۰	۱۰۰۰
۲	۴۰۰	۱۴۰۰
۳	۲۰۰	۱۶۰۰
٤	۳۰۰	۱۹۰۰
۵	۱۲۰۰	۳۱۰۰
٦	۱۰۰	٤۱۰۰
۷	۱٦۰۰	۵۷۰۰
۸	۲۰۰	۵۹۰۰
۹	۲۵۰	٦۲۵۰
۱۰	٤۵۰	٦۷۰۰

این عدد انتروال (چوکات) نمونه گیري است.يك عدد رابین او ۲۲۳۳ انتخاب نمایید.فرض نمایید که يك عدد رندم ۱۸۱٤ انتخاب شده باشد.اینباید بالست تراکمي مقایسه گردد تا قریه اول را درنمونه تشخیص نمود.ازینکه ۱۸۱٤ بین ۱٦۰۱ و ۱۹۰۰ واقع است، قریه چارم، باید انتخاب شود.اکنون انتروال نمونه گیري .را باعدد رندم اولي جمع نمایید تاعدد بعدي نمونه گیري را بدست آرید.

۱۸۱٦ + ۲۲۳۳ = ٤۰٤۷

ازینکه اینعدد بین اعداد ۳۱۰۱ و ٤۱۰۰ واقع است ، قریه ٦ انتخاب شود.اکنون براي تشخیص قریه سومي وآخري نمونه بازهم انتروال نمونه گیري را باعدد بدست آمده آخري جمع نمود:

٤۰٤۷ +۲۲۳۳ =٦۲۸۰

وقریه دهم انتخاب شود.

اگر لست اصلي قریه ها کاملاً به ترتیب رندم باشد- این پروسیجر نمونه گیري سیستماتیك معادل به

نمونه گیري احتمالي متناسب به سایز مي باشد (pps) ونمونه حاصل شده باید بحیث آنکه به شکل رندم (pps) انتخاب شده است مورد تحلیل قرار گیرد. ازطرف دیگر اگر قریه ها مطابق به اساس بعضي کریتر یا که مربوط به سکور هاي سروي قبلي مراقبت هاي اولیه صحي ترتیب شده باشد این یك تاثیرطبقه بندي بالاي نمونه سیستماتیك داشته باید به تنقیص خبط معیاري منتج گردد.

(صفحات .....تا ....مطالعه گردد)

واحدهاي نمونه گیري غیرازخانوارها

یك لست واحد هاي اساسي ممکنه براي سروي هاي مختلفه درجدول الف-١ داده شده است معمولاً منحیث بخشي ازمطالعه مراقبتهاي اولیه صحي معلومات مختلفه ضروي میباشد وهربخش ظاهراً به واحد نمونه گري مختلفه نیاز دارد بصورت اعمظي موثرنخواهد بود اگرهر مرتبه به مقاصدمختلفه سروي هاي جداگانه که داراي واحدهاي جدید نمونه گیري باشد، انجام داده شود.یگانه حالت محسوس آنست تاخانوار منحیث واحد اساسي نمونه گیري استعمال شده وبراي متغیر هادرواحد مختلفه نمونه گیري که تنها دربعضي ازخانوارها دیده میشود تا ارزش هاي فوس بااستفاده از میتودهاي که براي نبست هاتشریح شده، تخمین گردد.بطورمثال اگر مرام اصلي یك سروي جمع آوري معلومات پیرامون صحت اطفال ومادران باشد بعد واحد نمونه گیري که مورد دلچسپي باشد باید مادراني که اخیراً حامله بود اند باشد که دراین جاکلمه (اخیراً باید مشخص شود این باید ممکن باشدتادرموردتعدادچنین مادران که درهرقریه نمونه گرفته شوند فیصله بعمل ایدومیتودي که باساس ان واقعا همان تعداد نمونه گرفته شودطرح گردد.بهرصورت محاسبه تخمین هاي بدون اشتباه این نمونه فورمول هاي مغلق وپیچیده رادربرخواهدداشت. همچنان اگرمنظورازیك سروي ان باشد تا معلومات پیرامون یکنوع افرادجمع اوري گردد، بطورمثال یك طفل مشخص یایك خانم حامله ،بعدیك تعدادثابت خانوار درسروي هر کدام قریه انتخاب گردد، باوجودانکه تعداد اطفال مشخص «با خانمها» واقعا نمونه گرفته شده اندازیك قریه تا قریه دیگرفرق خواهد کرد. تعداد خانوارهاییکه نمونه ارقام درهرقریه داده شود. بطورمثال اگر چنین فکرشود که بصورت درست ٪٤٠ تمام خانوارها دارای چنین طفل مشخص باشند وتعداد اصلی اطفال که باید درفی قریه انتخاب گردند ١٠ باشد پس ٢٥ خانوار درهرقریه باید انتخاب شود، زیرا که ١٠ درحقیقت ٪٤٠ میباشد. اگر واحدهای مختلفه متعدد دربین خانوارها دریك سروی مورد دلچسپی باشند، باید تعداد خانارها درهرقریه انتخاب شوند، تابطور اوسط واحد های مکفی ازکمیاب ترین کتگوری راشامل باشد

انتخاب اولین خانه برای کلستر

بهتر آن خواهد بود تا لستی از خانوار های قریه را بدست آورده و از آن یك خانوار را بصورت رندم انتخاب نمود. این یك پروسیجر قابل قبول خواهد بود، اگر چه لست نامکمل ویا تاریخ گذشته باشد ویقیناً از هر پروسیجر ad hoc مطمئن میباشد. اگر چنین لست در دست نباشد، کار دیگري را که باید انجام داده شود این است که یك نقطه را در نزدیك مرکز قریه پیدا نموده و یك بوتل یا کدام چیز مشابه دیگر را در روی زمین چرخانید. جهتي را که بوتل بعد از توقف نشان میدهد نگاه کرده وقضاوت نمود که بعد از گذشت چند خانه بآن جهت گام نهاد تا به کنار قریه رسید. فرضاً شما فکر نمائید که در آنجا ده خانه باشد. یك عدد را بین یك و ده بصورت رندم انتخاب نموده و بجانب جهت ارائه شده گام برداشت تا که بخانه مورد نظر رسید. اصول مهم آنست تا از انتخاب اولین خانه که احتمالاً به عین نوع کلستر در هر قریه رهنمائی نماید خودداري گردد. بطور مثال این یك اشتباه می باشد که همیشه از خانه یك کارمند مهم و نامور آغاز نمود. اما بعضی اوقات از نگاه اجتماعی ضروري میباشد تا با چنین افراد واشخاص مصاحبه انجامداده شود. بهر صورت، اگر خانوار درغیر آن انتخاب نشده باشد یك مصاحبه مختصر وساده باید صورت گیرد تا رضائیت پروتوکول محلی را حاصل نمود. معلومات بدست آورده شده میتواند پیش از آغاز تحلیل آن حذف گردد تا از بروز خبط وانحراف خودداري گردد.

همچنان این یك اشتباه میباشد اگر خانه اول در کنار یا مرکز قریه انتخاب گردد. این ممکن نخواهد بود اگر مقرره رسمي را که در حالت مناسب باشد تشکیل داد. احساس عمومی ودرك شرایط محیطی باید به انتخاب موثر و موجه رهنمائی نمود.

انتخاب متباقی خانوارها در کلستر

بازهم شرایط محلی بحدی تغیر میکند که ممکن نیست تا یك میتود مناسب وهمه جانبه را تعریف نمود. نتیجه سروی بسیار دقیق ونماینده (Representative) خواهد بود اگر کلستر در برگیرنده یك ساحه وسیع خانوارها باشد ونه اینکه محدود بیك ساحه کوچك در اطراف خانه اولی باشد، این ممکن است وخالي از اعتبار نخواهد بود که با خانه قبلی نزدیك ترین انتخاب گردد، اما بهتر آنست تا نزدیك ترین خانه دومی را انتخاب کرد و هنوز هم بهتر آنست تا نزدیك ترین خانه

پنجم باشد، و بهترین همه آنست تا بصورت کلي خانوارها به شکل رندم انتخاب گردند، اگر نقشه یا لست مربوطه بدسترس باشد.

بازدید دوباره خانوارهاي سروی اگر مسئولان خانوار غائب میباشند

این اکثراً اتفاق مي افتد تا اشخاصیکه از آنها در خانوارهای انتخاب شده سروی سوال گردد حین ملاقات تیم سروی موجود نباشند، یا اینکه حین بازدید سرویرها خانه خالی باشد. در صورت امکان باید ترتیبات گرفته شود تا چنین خانها تکراراً بازدید شوند وآنهم در زمانیکه اشخاص غائب به احتمال زیاد در خانه باشند، تجویز چنان باشد تا عوض خانهای که خالی مي باشند دیگر خانوارها در نظر گرفته شود. این میتواند عملی گردد اگر لست قبلاً انتخاب شده خانوارهای تعویضی موجود باشد، تا بیك ترتیب مشخص از آنها کشیده شوند. این چنین لست باید تنها مورد استفاده قرار گیرد ووقتیکه پروسیجر برای نشاني نمودن افراد غائب از خانوارهای انتخاب شده اصلی خارج شده باشند. مصاحبه کنندگان بدون کدام شرایط گذاشته شوند تا در مورد خانوارهائیکه اعضاء آنها غائب بوده اند، تصمیم بگیرند.

سایزنمونه

دقیق بودن تخمین هائیکه از سروي صورت میگیرد و مربوط به سایز نمونه، اندازه کلسترها و اجزائیکه برای آنها ارزش (قیمت) تخمین میگردد، میباشد. چیزهاي دیگر مساوي میباشند، هر اندازه که سایز نمونه بزرگ باشد به همان اندازه تخمین ها دقیق تر میباشند. بهر حال، براي عین سایز نمونه بصورت کل، دریك سروي که دارای تعداد زیاد کلستر های انتخاب شده و در هر یك تعداد کم خانوارها موجود باشد، نتیجه آن بسیار دقیق تر نسبت بآنکه تعداد کلستر ها کمتر و تعداد خانوار ها در هر یك کلستر بزرگتر باشد، خواهد بود. بطور مثال، یك سروي که در آن ۳۰۰ مادران مصاحبه شده باشد معمولا تخمین دقیق تري خواهد داد نسبت بآنکه ۲۰۰ مادران مصاحبه صورت گرفته باشد، اما کر ۳۰۰ در ۵۰ کلستر ٦ خانواری تقسیم شده باشند بازهم تخمین دقیق تري نسبت بآنکه در ۳۰ کلستر ۱۰ خانواری تقسیم شده باشند، خواهد داد از جانب دیگر این واقعیت باید درك شود که سایز بزرگ نمونه و تعداد بیشتر کلستر (اگر چه کوچکتر باشند) حجم کار را افزایش میدهد، که

این بنوبه خود افزایش در وقت و بودجه را معنی میدهد. منابع موجوده برای مطالعه مراقبت های اولیه صحی بسیار محدود میباشد. واین معمولاً یك سایز نمونه متشکل از چند صد که در ده ها کلستر بصورت پراگنده توزیع شده باشند، معنی میدهد.

انتخاب کلسترها بالاي دقت تخمین در یك سروي تاثیر دارد، اما اندازه این تاثیر که بحیث موثریت دیزان شناخته شده براي اجزای مختلفه در جدول سروي مختلف خواهد بود. موثریت دیزاین (D) طور ذیل داده شده:

$$D = 1 + (b-1)\, r$$

که در ین جا :

b = تعداد وسطی جوابات دریافت شده این جزء در کلستر مي باشد و

r = اندازه ارتباط جوابات باین جزء در بین کلستر، با مقایسه ارتباط آن با نفوس، در مجموع.

قیمت r برآی اجزائیکه قیمت آنها در بین کلستر ها بسیار تغیر میکند بلندتر خواهد بود. بطور مثال، اجزاء اقتصادي اجتماعي چون «وظیفه شوهر - کتابت یا مسلکي» تمایل خواهد داشت تا جوابات مشابه در بین یك کلستر بوجود آورد، و r تقریباً مساوي به ۰،۱۰ خواهد بود. از جانب دیگر اجزاي دموگرافیکی مانند «فعلاً متأهل» واندازه مصابیت ها روفیات چون «مرض در دو هفته اخیر» دیگر مشابه نخواهد بود تا عین جواب را از دو نفر سوال شده در عین کلستر حاصل نماید نسبت به دو نفر سوال شده در کلستر های مختلفه. این سوالات دارای قیمت r نزدیك به صفر خواهد بود. مثل اینکه بصورت تقریبي ۰،۱۰ در بین این تفاوت های اعظمي در رابطه به فعالیت مواظبت صحی و استفاده از خدمات مراقبت هاي صحی سوال بمیان مي آید. که جوابات این سوالات مربوط به سطح خدمات محلی وبه عنعنه محل مربوط میباشد. وقیمت r احتمالاً در حدود ۰،۰۵ خواهد بود. طوریکه در صفحه ... تشریح گردید، ۹۵٪ یقینی میباشد که انتروال :

(2SE + ارزش تخمین شده) الی (2SE - ارزش تخمین شده)

قیمت صحیح را در بر خواهد داشت. با استفاده از موثریت دیزان (D) میتوان انحراف معیاري

متوقعه را برای هر سایز نمونه داده شده وسایز کلستر محاسبه نمود. انحراف معیاری (S) چنین داده شده است:

$$S = \sqrt{P(1-P)\, D/N}$$

در حالیکه :

P = نسبت متوقعه جواب «بلی» به جزء مربوطه (بخاطر باید داشت که این میتود تنها به اجزائیکه جواب بلی - نی داشته باشد استعمال شده میتواند).

n = تعداد مجموعی جوابات در مورد این جزء.

D = موثریت دیزاین.

لذا

$$S = \sqrt{P(1-P\ (1+(b-1)r)/n}$$

معادله (۱)

بیاد داشته باشید که در مورد P قبل از اجرای سروي يك حدس باید زد. جدول الف - ۳ بعضی قیمت های تیپیك S را برای $r = 0.05$ میدهد (درحالیکه c مساویست به تعداد کلسترهای انتخاب شده و b عبارت از تعداد جوابات دریافت شده به جزء مربوطه در هر کلستر).

فرض نمائید که سوال بسیار دلچسپ وضع واکسیناسیون اطفال ۱۲ - ۲۳ ماهه بوده وتوقع میرود که این چنین اطفال در ۲۵ ٪ خانوارها پیدا شوند. اگر ۳۰ کلستر که هر کدام دارای ۳۰ خانوار باشند در نظر گرفته شود باید متوقع بود که در حدود ۷ طفل ازین گروپ در هر کلستر یافت خواهد شد. اگر توقع برده شود که وضع واکسیناسیون برای ۴۰٪ این اطفال رضائیت بخش باشد، بعد از آن:

$P=0.4$ (٪۴۰)، $c=30$، $b = 7$، $r = 0.05$، $n = 210$ یا 70×30

و از فورمول یا از جدول الف - ۳ انحراف معیاري متوقعه $S = 0.0385$ یا ٪۳.۸۵

خواهد بود.

جدول الف-۳: انحراف معیاري متوقعه (S) (٪) برای نسبت هاي مختلفه (P) کلستر ها (C) و تعداد جوابات در فی کلستر

c	b	(C x b)	٥٠	٤٠	٢٠	١٥	١٠	٥
٥٠	٤	٢٠٠	٣,٧٩	٣,٧١	٣,٠٣	٢,٧١	٢,٢٧	١,٣٧
٤٠	٥	٢٠٠	٣,٨٧	٣,٧٩	٣,١٠	٢,٧٧	٢,٣٢	١,٦٩
٣٠	٧	٢١٠	٣,٩٣	٣,٨٥	٣,١٥	٢,٨١	٢,٣٦	١,٣١
٢٠	١٠	٢٠٠	٤,٢٦	٤,١٧	٣,٤١	٣,٠٤	٢,٥٥	١,٨٦
٥٠	٦٠	٣٠٠٠	١,٨١	١,٧٨	١,٤٥	١,٣٠	١,٠٩	٠,٧٩
٣٠	١٠٠	٣٠٠٠	٢,٢٣	٢,١٨	١,٧٨	١,٥٩	١,٣٤	٠,٩٧
١٥	٢٠٠	٣٠٠٠	٣,٠٢	٢,٩٦	٢,٤٢	٢,١٦	١,٨١	١,٣٢

این ۹۵ ٪ متیقن خواهد بود که قیمت صحیح P در بین رینج ذیل واقع باشد:

(٪ ۷,۷ + قیمت تخمین شده) تا (٪ ۷,۷ - قیمت تخمین شده)

فرض نمائید که تعداد خانوار های انتخاب شده در هر قریه h باشد. ایندقیق تر خواهد بود که انتخاب h بآن خانوارهائیکه در طول یکروز بصورت بسیار مستریح توسط یك تیم یا چندین تیم مصاحبه اجرا میگردد، ارتباط بگیرد. زماني که برای انتخاب رندم خانها ضرورت است حتماً باید در حساب گرفته شود، قدم زدن در بین خانها و تلاش بخاطر عدم جواب وغیره. باین اساس قیمت cتعداد کلسترها با سایز h که بآسانی در زمان موجوده سروي اداره شده بتوانند خواهد بود. و تعداد مجموعی سایز نمونه عبارت از c x h میباشد. تعداد افراد مورد نظر برای هر جزء بخصوص جدول برای هر قریه متفاوت خواهد بود. قیمت وسطي در اطراف b قرارخواهد داشت، اما میتوانند ازین

کوچکتر یا بزرگتر باشد، و قیمت b بذات خود برای انواع مختلفه اندکس ها متفاوت مي باشد بطور مثال در بین ۲۰ خانوار توقع میرود که ٤ طفل اندکس یافت شود اما ١٦ مادران اندکس.

اگر این فهمیده شود که یك قیمت معین S از سروی تقاضا میشود، بناءً تعداد کلسترهای ضروی میتواند چنین محابه شود:

معادله (۲) ... $C = P (1 - P) [1 + (b - 1) r]/ (Sb)$

بطور مثال، فرض نمائید که توقع میرود که b برای بعضی اندازه گیري شیوع امراض ۲۰٪ باشد که درینصورت r در حدود ۰٫۰۱ توقع برده میشود و $S = 2.5 \%$ تقاضا میشود. اگر هر کلستر ٥ افراد مشخص $(b = 5)$ یا ۸ افراد مشخص را در برگیرد، تعداد کلستر های مقتضي میتواند قرار ذیل تعین گردند:

قیمت برای b = 8	قیمت برای b = 5	محاسبه	مقدار
0.16	0.16	P(1 - P)	A
1.07	1.04	1+(b - 1) r	B
0.1712	0.1664	A x B	D
0.0050	0.0031	b S	E
34	54	D/E	C

باین اساس یا ٥٤ کلستر که هر یك دارآی ٥ ویا ۳٤ کلستر که هر یك دارآی ۸ افراد اندکس باشد، توقع میرود تا رضائیت مقتضی را بر آورده سازد. اگر افرادمشخص توقع برده شود تا در ٥٠٪ خانوارها یافت شوند. بعد از آن ضرورت خواهد بود تا هر کلستر ۱ یا ١٦ خانوارها را بالترتیب دارا باشد. این چنین محاسبات میتوانست براي اکثر جوابات درسروي اجراء گردد. بناءً تعداد کلستر ها باید بزرگترین قیمت C داده شده در معادله باشد.

بعضی اوقات چنین واقع میشود که سایز هاي نمونه مورد ضرورت برای اجزاي مختلفه عین سروی بصورت قابل ملاحظه متفاوت میباشد. بطور مثال، یك پرسش در مورد واکسیناسیون ایجاب یك سایز نمونه ۲۰۰ طفل ۱۲ - ۲۳ ماهه یا (۸۰۰ خانوار) مي نماید، در حالیکه یك پرسش در مورد مریضی اسهال ایجاب یك سایز نمونه ۱۸۰۰ طفل ۰ - ۲ سال (یا ۳۰۰۰ خانوار) را می نماید.

درین حالت بلندترین عدد ۳۰۰۰ باید بحیث سایز نمونه همگانی گرفته شود تا رضائیت هردو کریتریا را بر آورده سازد. باینصورت این چنین معنی میدهد که تقریباً چار چند معلومات ضروری در مورد وضع واکسیناسیون باید جمع آوری گردد. اگر منابع مکفي موجود باشد، این کدام پرابلم نخواهد بود. قسمیکه این یك تخمین دقیق را خواهد داد، اما در عمل این بیشتر حساس به نمونه فرعي برای پرسش واکسیناسیون میباشد. بعباره دیگر فقط هر طفل چارم دارای عمر ۱۲ - ۱۳ ماهه که در سروی دریافت میشود در نمونه شامل ساخته شود. این تا اندازه کار و وقت را ذخیره نموده مگر به پیچیدگی هدایات داده شده مصاحبه کننده می افزاید وباید بسیار به احتیاط مورد استعمال قرار گیرد.

اگر لست قریه جات باساس بعضی مقیاسات مربوط به مراقبت های اولیه صحي ترتیب شده باشد، بعد از ان یك اندازه بهبودی در وقت خواهد بود، اما این کمیت قناعت بخش برای استفاده محاسبه سایز نمونه مجاز نخواهد بود. سایز نمونه باید محاسبه گردد مثلیکه لست نامرتب باشد - با مفاد اینکه وقت در واقعیت بصورت بهتر نظر به پیشتر بر می آید.

اگر سروی بصورت واضح به بخش ها، بطور مثال باساس حوزه های محیطی جدا شوند، بناءً هر ساحه باید منحیث یك سروي جداگانه و محاسبه سایز نمونه برای هر کدام طورعلیحده صورت گیرد تا وقت ضروري برای هر حوزه داده شود. وقت برای تخمین عمومي به سطح ملی، نظر به هر یك حوزه یگانه بهتر خواهد بود. اگر سروی یکی از سروی هاي پیاپي باشد، و منظور ازان محاسبه تغیر در بعضی اندازه ها از سروی گذشته باینطرف باشد - بناءً ۹۵٪ اعتبار برای این تغییر. (2SE - تخمین تغییر) تا (2SE + تخمین تغییر) خواهد بود. در ین حالت انحراف معیاری عبارت از انحراف معیاری تغییر است که نسبت به انحراف معیاري جدیداً تخمین شده بزرگتر خواهد بود. این بخاطر عدم دقیق بودن تخمین اندازه سروی سابقه میباشد. اگر باین جواز داده شود، سایز نمونه دوچند ضرورت خواهد بود تا به میتود معول محاسبه گردد.

اگر با ارقام تارگیت مشخص انتخاب شده توسط یك پژوهشگر پیشتر از آنکه با تخمین سروی سابق مقایسه صورت گیرد - بعداً کدام عدم دقت جداگانه دخیل نمی باشد. ساحه اعتبار معمولی 2SE +- هنوز هم قابل تطبیق میباشد وسایز نمونه داده شده توسط محاسبات معمولی رضائیت بخش خواهد بود.

٥- تحلیل ارقام

مهمترین مرام تحلیل ارقام آنست تا تخمین های پرامترهاي مهم را با انحراف معیاری این تخمین ها تهیه نماید، طوریکه ساحه اعتبار (CONFIDENCE INTERVALL) میتواند محاسبه شود. این ممکن است تا تمام محاسبات ضروری بدون لوازم گرانبها صورت گیرد و میتودهائیکه در ذیل تشریح گردیده تنها تقاضای یك ماشین حساب دارای محاسبه جذرالمربع باشد می نماید. خواه یك ماشین حساب خواه یك میکروکمپیوتر مورد استفاده قرار گیرد، محاسبات ضروري معمولاً به شکل یك جدول محاسباتی (Spreadsheet) ارائه میگردد. بصورت عموم دو حالت مختلف موجود است که هرکدام در محاسبه تخمین ها و انحرافات معیاري میتود جداگانه خویش را تقاضا مي نماید. و انتخاب میتود ها باساس آنکه آیا تخمین خواسته شده از یك نمونه تناسب حاصل شده یا از نمونه نسبت، تعین میگردد (صفحه ... مطالعه گردد.) بر علاوه براي هریك ازین حالات، اگر نمونه از یك لست ترتیب شده گرفته شده باشد، از فورمول های مختلفه استفاده میگردد تا انحرافات معیاري محاسبه شود. استعمال جداول ارقام ساده جهت محاسبه تخمینات وانحرافات معیاري این تخمین ها با استفاده از مثال ذیل ارائه میگردد. درین جا سایز نمونه بسیار خوردتر نسبت به آنکه درعمل مواجه میشود، میباشد، اما تمام مراحل مهم در محاسبات نشان داده شده است. برای هر یك قسم حالت، محاسبات اساسی مقتضی برای تخمین نمونه انحراف معیاری آن در صفحات ... تا ... ارائه گردیده اند.

مثال نمونوي سروي که جهت نمایش جدول محاسباتي بکار برده میشود

شش قریه با استفاده از پروسیجر سیستماتیك (PPS) انتخاب شده اند (به صفحات ... تا ...

مراجعه شود). بیست خانوار در هر قریه جهت تخمین نفوس انتخاب شدهاند.

* تناسب خانوارهای دارای بیت الخلاء.

* تناسب مادران مشخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت نموده اند.

اولی با استفاده از تناسب خانوارهای دارای بیت الخلاء در نمونه تخمین میگردد. دومي با استفاده از نسبت تخمین میگردد.

<u>تعداد مادران شخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند</u>

تعداد مادران مشخص در نمونه

این ارقام در جدول الف-٤ نشانداده شده اند.

جدول الف - ٤ : ارقام براي مثال نمونوی سروي که برای نمایش جدول ارقام استفاده میشود

قریه	تعداد خانوارهای قریه که درهر قریه نمونه گرفته شده	تعداد خانوارهاي دارای بیت الخلاء نمونه گرفته شده	تعدادمادران مشخص در خانوارها که را دریافت کرده اند	تعدادمادران مشخص که مراقبت های قبل الولاده
i	hi	Xi	Zi	Yi
١	٢٠	١١	٢	٢
٢	٢٠	٠	٧	٥
٣	٢٠	١٤	٤	٣
٤	٢٠	١٢	٦	٣
٥	٢٠	١٦	٤	١
٦	٢٠	٣	٣	٠

قریه ها باساس سطح متوقعه مراقبت های ولادی در دیزاین سروی بصورت منظم ترتیب گردیده اند، این واقعیت در تحلیل در بخش (الف) تا (د) در نظر گرفته نشده، اما در بخش های (هـ) و (و) در نظر گرفته شده اند.

(الف) : تخمین یك تناسب نفوس از تناسب یك نمونه

درین مثال واحد نمونه خانوار بوده وتقاضا میشود تا تناسب خانوارهاي داراى یك مشخصه بخصوص، درین حالت یك بیت الخلاء تخمین میشود. براى حالت عمومي، فرض نمائید که به تعداد C قریه انتخاب شده و از هر قریه h خانوارگرفته شده باشد. تعداد خانوار ها در قریه i - ام که داراى بیت الخلاء باشد میتوانند به Xi نشانداده شوند. و تخمین تناسب، Pi چنین خانوارها بصورت کل درین قریه عبارتند از:

$$Pi = Xi / h$$

که عبارت از تناسب است که در سمپل دیده میشود. تخمین P این تناسب در مجموع نفوس باین اساس مجموع خانهاى نمونه بوده که داراى بیت الخلاء بوده تقسیم مجموع سایز نمونه میگردد، یعنی:

$$P = Xi / n$$

علامه نشان میدهد که تمام افاده ها تا قیمت i جمع شوند طوریکه :

$$Xi = X1 + X2 + X3 + ... + Xc$$

محاسبات مقتضى در جدول محاسباتى (۱) ارائه گردیده است. درین مثال P مساویست به ٤٦٦٧, ۰ یا ٤٧٪ خانوارهاي نمونه گرفته شده.

جدول ارقام محاسباتی (۱)

محاسبات وارقام کلستر

قریه	تعداد خانوارهاي دارای بیت الخلاء	
i	Xi	Xi
۱	۱۱	۱۲۱
۲	.	.
۳	۱٤	۱۹٦
٤	۱۲	۱٤٤
٥	۱٦	۲٥٦
٦	۳	۹
	A = 56	B = 726

سایز و تناسب نمونه:

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد قریه ها در نمونه	٦
h		تعداد خانوارهای نمونه گرفته شده درهر قریه	۲۰
n	c x h	تعداد خانوار ها در تمام نمونه ها	۱۲۰
A	Xi	تعداد خانوارهاي نمونه دارای بیت الخلاء	٥٦
P	A / n	تناسب خانوارهای نمونه دارای لاترین	.٤٦٦٧

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
B	XI	726
C	A2	3.36
D	C/C	522.67
E	B - D	203.33
F	E/[C(C-1)]	6.777
G	F	2.6034
S(P)	G / h	0.1302

(ب) تخمین انحراف معیاری از محاسبه تناسب نفوس:

انحراف معیاری تناسب نفوس P و S(P) توسط فورمول ذیل حاصل میشود:

معادله (٤)

به منظورآسانی محاسبه این معادله میتواندبه شکل ذیل درآورده شود:

بخش اخیر جدول محاسباتی (١) ، محاسبات ضروري معادله (٤) را به شکل دیگر نشان میدهد. در نتیجه ارزش انحراف معیاری S(P) عبارت از ١٣٠٢, ٠ میباشد. باین اساس ساحه اعتبار ٩٥٪ برای تناسب تمام خانوارهای دارای بیت الخلاء، 0.4667 + 2 x 0.1302 یعني ٢٠٦٣, ٠ تا ٧٢٧١, ٠ یا بین ٢١٪ و ٧٣ ٪ میباشد. این انتروال بسیار وسیع میباشد زیرا صرف ٦ قریه سروی گردیده است.

(ج) تخمین نسبت نفوس از نسبت نمونه

این مرتبه فرض نمائید که h خانوار از هر c قریه با در نظر داشت تخمین تناسب از افراد شاخص مناسب معرفی شده که دارای کرکتر بخصوص باشند انتخاب گردیده اند. این میتواند تناسب تمام اطفال ١ - ٢ ساله باشد که بصورت مکمل مطابق هدف پروگرام ملی واکسیناسیون واکسین شده باشند، یا میتواند تناسب تمام خانمهاذیکه طی ١٢ ماه گذشته ولادت کرده اند باشند که اقلاً در دوره حاملگی سه مرتبه ویزت شده باشند طوریکه این حالت در مثال جدول (٢) محاسبتی ارقام مورد استعمال قرار گرفته.

اگر Z i تعداد مادران شاخص در قریه ٢- ام خانوار نمونه گرفته شده باشد و فرض نمائید که Y i از جمله همین مادران تعداد مشخص ویزت های دوره حاملگی را دریافت کرده باشند. بعداً تناسب کلی نفوس مادران شاخص درارای این خاصیت توسط رابطه ذیل تخمین میگردد.

معادله (٥) $R = Yi / Zi$

محاسبه نسبت نمونه R برای مثال فوق در بخش وسطی جدول محاسباتی (٢) نشان داده شده، طوریکه مساویست به ٥٣٨٥, ٠ یا ٥٤ ٪ مادران شاخص در نمونه.

جدول‌محاسباتی (۲)

محاباتوارقام‌کلستر

قریه I	تعداد مادران شاخص در خانوارهاي نمونه که مراقبت هاي دوره حاملگی را دریافت کرده اند YI	تعدادمادران شاخص در خانوارهاي نمونه ZI	YI	ZI	YIZI
۱	۲	۲	٤	٤	٤
۲	٥	۷	۲٥	٤۹	۳٥
۳	۳	٤	۹	۱٦	۱۲
٤	۳	٦	۹	۳٦	۱۸
٥	۱	٤	۱	۱٦	٤
٦	.	۳	.	۹	.
	A = 14	B = 26	C = 48	D = 130	E = 73

سایز نمونه و نسبت نمونه

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد خانوارها در نمونه	٦
A	Yi	تعداد مادران شاخص در خانوارهای نمونه که ازمراقبت دوره حاملگی مستفید شده اند	۱٤
B	Zi	تعداد مادران شاخص در نمونه خانوار	۲٦
R	A / B	نسبت نمونه مادران شاخص که مراقبت دوره حاملگی را دریافت کرده اند نظر به مجموع مادران شاخص در نمونه	۰,٥۳۸٥

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
R	R	0.2900
C	Y	48
D	Z	103
F	YI ZI	73
G	2 R E	78.621
H	R D	37.7
J	C-F+G	7.079
K	H/C(C-1)	0.2360
S(R)		0.4858
		0.1121

(د) محاسبه انحراف معياري از تخمين نسبت نفوس

انحراف معياري از تخمين نسبت نفوس R يا S(R) عبارت است از:

معادله (٦)

اين فورمول نسبتاً پيچيده انحراف معياري انعكاس دهنده ضرورت در نظر گرفتن تغييرات تعداد مادران شاخص را از يك قريه تا قريه كه واقعاً مشاهده شده باشد بيان مي نمايد. تشريح محاسبوي انحراف معیاری نسبت مادران شاخص كه مراقبت ها قبل الولاده را دريافت ميدارند و در مثال فوق در بخش اخير جدول حسابی (٢) نشانداده شده است. درين مثال انحراف معیاری تخمين شده. S(R) مساويت به ١١٢١, ٠

و ٩٥ ٪ ساحه اعتبار برای تمام مادرانيكه مراقبت های قبل الولاده را دريافت مي نمايند عبارت از 0.1121 x 2 -+ 0.5385 يعني از ٣١٤٣, ٠ تا ٦٧٢٧, ٠ يا بين ٣١٪ تا ٧٦٪ ميباشد.

(هـ) تخمين يك تناب نفوس و تخمين انحراف معياری از يك لست مرتبه:

اگر قريه هاييكه از انها نمونه گرفته شده، مطابق بعضی مشخصات مربوط به اندازه هاي كه مورد مطالعه قرار ميگيرد ترتيب شده باشد، تخمين ها بايد هنوز به عين طريق بايد محاسبه شوند، اما نحراف معياری از فورمول های مختلفه بدست آورده ميشوند. قريه های مربوط به مثال مطابق معلومات قبلی پيرامون پيش بيني سطح احتمالي مراقبت های اوليه صحی در هر قريه طي لستی ترتيب گرديده اند.

استعمال يك لست ترتيب شده بصورت غير مستقيم يك ساحه بندی را مهيا می سازد ،اما فقط با در نظر داشت آنكه متغيرها توسط مشخصات كه درترتيب لست استعمال شده اند متأثر گرديده اند. بكار برد ساحه بندی بايد انحراف معياري متغير ها را تقليل به بخشد.

مثال تناسب نفوس كه در صفحات ... - ... بكار برده شده تناسب خانوارهای نمونه داراي بيت الخلاء می باشند. ازينكه اين متغير احتمال ندارد تا با سطح متوقعه مراقبت هاي قبل الولاده ارتباط داشته باشد، مشخصات كه درترتيب لست قريه ها بكار برده شده، محاسبه انحراف معياري كه در ترتيب لست در نظر گرفته شده، بايد متوقع بود كه مشابه به آنچه كه توسط ميتودی كه در جدول محاسباتی (١) از آن استفاده شده خواهد بود.

در چنين حالت بهتر است تا انحراف معياری با استفاده از ميتودي كه در جدول محاسباتی (١) بكار رفته محاسبه شود (يا از جدول محاسباتی ٢ بخاطر انحراف معياری نسبت نفوس). بهر صورت هيچگاه غلط نخواهد بود تا ميتودلست هاي مرتبه بكار برده شود، باوجوديكه اندازه بدون ارتباط به ترتيب قريه ها باشد، جواب با كمي تفاوت بدست مي آيد.

جدول محاسباتی ۳ تخمین تناسب نفوس و انحراف معیاری را از یك لست مرتبه نمایش میدهد. تخمین مانند جدول محاسباتی ۱ عین اخیر بوده و $P = 56 / 120 = 0.4667$ میباشد.

جدول محاسباتي ۳

ارقام کلستر ومحاسبات				
قریه	تعداد خانوار های دارای بیت الخلاء			
i	Xi	Xi + 1	Xi - Xi + 1	(Xi - Xi +1)2
۱	۱۱	.	۱۱	۱۲۱
۲	.	۱٤	-۱٤	۱۹٦
۳	۱٤	۱۲	۲	٤
٤	۱۲	۱٦	- ٤	۱٦
٥	۱٦	۳	۱۳	۱٦۹
٦	۳	-	-	-
	A = 56			B = 506

سایز نمونه و تناسب نمونه			
متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد قریه ها در نمونه	٦
h		تعداد خانوارهای نمونه در هر قریه	۲۰
A	Xi	تعداد خانوارهای نمونه دارای بیت الخلاء	٥٦
P	A/c x h	تناسب خانوارها در نمونه که داراي بیت الخلاء اند	۰,٤٦٦۷

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
B	(Xi + Xi +1)2	506
C	(C x B)/[2(C - 1)]	303.6
D	C	17.4241
S(P)	D/(C x h)	0.1452

انحراف معیاری $S(P)$ برای یك تناسب P که توسط نمونه گیري از لست مرتبه حاصل میشود ، عبارت است از:

معادله (۷) $$S(P) = (1/n) \quad [C/[2(C-1)]] \quad (Xi - Xi + 1)2$$

این فورمول باساس تفاوت ها بین کلستر های پیهم گرفته شده توقع برده میشود که روي لست مرتبه خورد تر باشند نسبت بآنکه کلسترها به ترتیب رندم تعین مي شدند. بخاطر مقایسه هاي جوره ئی که محاسبات ارقام کلستر در جدول محاسباتی ۳ دیده شده کدام قیمت $Xi + 1$ برای قریه وجود ندارد.

با بکار برد محاسبات انحراف معیاري در جدول محاسباتی ۳، $S(P) = 0.1452$ و ۹۵٪ ساحه اعتبار برای P، $0.4667 + 2 \times 0.1452$ یعنی ۱۷۶۳, ۰ تا ۷۵۷۱, ۰ این تقریباً آنچه در جدول محاسباتی ۱ (۲۰۶۳, ۰ تا ۷۲۷۱, ۰) داده شده عین چیز میباشد، زیرا ترتیب به اساس مراقبت های قبل الولاده کدامرابطه به موجودیت بیت الخلاء بمیان نمی آورد به همین قسم کدام مفادی در استعمال این میتود تحلیل برای این سوال موجود نبود.

(و) تخمین نسبت نفوس وانحراف معیاری از تخمین یك لست مرتبه

قسمیکه قبلاً یاد آوری شد، نمونه که بحیث مثال در صفحه ... بکار برده شد از یك لست مرتبه قریه جات مطالبق پیش بیني احتمالی سطح مراقبت های قبل الولاده در هر قریه گرفته شده بود. این پروسیجر (صفحات ... -... را نشان میدهد. محاسبات لیست نمونه به پروسیجری که در جدول محاسبات ۲ بکار رفته مطابق است، وحاصل میشود \

$$R = 14 / 26 = 0.5385$$

انحراف معیاری $S(R)$ برای یك نسبت R از یك نمونه که از یك لست مرتبه گرفته شده است حاصل میشود.

معادله (۸)

مانند معادله (۷) این فارمول روی تفاوت هاي بین کلسترهاي پیهم گرفته شده استوار بوده و برای $Yi + 1$ یا $Zi + 1$ برای قریه آخر کدام قیمت موجود نیست.

جدول محاسباتی ٤

ارقام کلستر و محاسبات

قریه i	تعداد مادران شاخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند. Yi	Yi + 1	Yi - Yi + 1	(Yi - Yi +1)2
١	٢	٥	- ٣	٩
٢	٥	٣	٢	٤
٣	٣	٣	.	.
٤	٣	١	٢	٤
٥	١	.	١	١
٦	.	–	–	–
	A = 14			C = 18

تعداد مادران شاخص در خانوار های نمونه ZI	Zi + 1	Zi - Zi + 1	(Zi - Zi + 1)2	(Yi - Yi +1) (Zi - Zi +1)
٢	٧	- ٥	٢٥	١٥
٧	٤	٣	٩	٦
٤	٦	- ٢	٤	.
٦	٤	٢	٤	٤
٤	٣	١	١	١
٣	–	–	–	–
B = 26			D = 43	E = 26

سایز نمونه و نسبت نمونه

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد قریه ها در نمونه	٦
A	Yi	تعداد مادران شاخص در نمونه که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند	١٤
B	ZI	تعداد مادران شاخص در خانوارهای نمونه	٢٦
R	A / B	**نسبت نمونه مادرانیکه از مراقبت های** قبل الولاده برخوردار بوده اند نظر به تعدا مجموع مادران شاخص در نمونه	٠,٥٣٨٥

ادامه جدول محاسباتی ٤

محاسبات انحراف معیاری

ارزش	محاسبه	مقادیر جدید
0.2900	R2	R2
43	(Yi - Yi+1)2	C
26	(Zi - Zi + 1)2	D
28.002	(Yi - Yi+1) (Zi - Zi + 1)	E
12.47	2 x R x E	G
2.468	C - F + G	H
1.4808	)C x H) /[2(C-1)]	J
1.2169	J	K
٠,٠٤٦٨	K/B	S(R)

باساس جدول محاسباتی ٤، S(R) = 0.0468، ٩٥٪ ساحه اعتبار برای R عبارت است از 0.5385 + 2 x 0.0468 یعنی از ٤٤٤٩, ٠ تا ٦٣٢١, ٠ این انتروال نسبت به انتروال ٣١٤٣, ٠ تا ٧٦٢٧, ٠ که از جدول محاسباتی ۲ بدست امده بصورت قابل ملاحظه تنگتر است. این یك افزایش در دقت را نشان میدهد که میتواند با استفاده از لست مرتبه و طرز العمل که در جداول محسباتی ۳ و ٤ نشانداده شده است حاصل نمود.

(ز) استعمال تاثیر دیزاین در محاسبه انحرافات معیاری

بمنظور ذخیره از وقت در محاسبه انحراف معیاري برای تمام اجزاء ممکنه ونسبت های آن در پرسشنامه عده از آنها میتواند بصورت تقریبی با استفاده از تاثیر دیزاین برای یکتعداد متغیر های مشابه تخمین گردند. این طرز العمل قرار ذیل است:

١- تخمین نمودن ارزش های مناسب P و R برای تمام اجزاء مورد علاقه.

٢- محاسبه انحراف معیاری S(P) و S(R) برای مهمترین اجزاء، طوریکه در فوق تشریح گردیده است.

٣- تخمین تاثیر دیزاین برای این اجزاء (که میتواند از ارزش هائیکه برای محاسبه سایز نمونه فرض شده بود متفاوت باشند).

از: $D = (S2(P)N)/P(1-P)$

یابحیث مناسب $D = (S2\ (R)\quad Zi)\ /\ (R(1-R))$

٤- برای تمام سایر اجزاء، انحرافات معیاري منحیث آنکه نمونه رندم ساده بوده باشد محاسبه گردد ویا D ضرب شود تا به تقسیمات کلستر ها اجازه دهد، جائیکه تاثیر دیزاین بیك جزء از پرسشنامه که توقع میرود دارای توزیع مشابه است باشد.

طوریکه : $S\ (P) = \quad P\ (1-P)D/N$

و $S\ (R)\ =\ R\ (1-R)\ D/\quad Zi$

با استعمال این طریقه، P و R برای تمام اجزاء محاسبه شده، اما محاسبه S طوریکه در جدول محاسباتی ١ - ٤ نشانداده شده، صرف برای تعداد محدود این اجزاء ضرورت می افتد.

٦- نمونه های چندین طبقه ئی

میتودیکه در بخش های گذشته تشریح گردید، میتواند به سهولت به دیزاین های مغلق تری که چندین شرایط را بر آورده گرداند عمومیت داده شود. که این ها بخوبی در مثال ها نمایش داده شده است.

نمونه گیری های دوطبقه ئی

فرض نمائید که یك کشور به ولسوالی ها تقسیم شده باشد، یك نمونه از ولسوالی ها انتخاب شده وبعداً یك نمونه از قریه ها در بین هریك ولسوالی گرفته شده. ولسوالی ها طوری باید انتخاب شود که بصورت دقیق در صفحات ...... بواسطه میتود سیستماتیك (PPS) تشریح داده شده است. و آن این است که باید یك مقیاس سایز نفوس هر ولسوالی موجود بوده، وولسوالی ها باید لست شده باشند، سایز محاسبه شده تجمعی نفوس وعلی هذا القیاس.

(بازهم مفید خواهد بود که ولسوالی ها بالترتیب مطابق قیمت های متوقعه بعضی از مقیاس ها که در سروي مطالعه میشوند لست شوند، این در حالتی است که ممکن باشد). دربین هر ولسوالی قریه ها انتخاب شده اند، بازهم توسط میتود (PPS)، عین تعداد از قریه ها در هر ولسوالی انتخاب گردیده اند.

تصمیم در مورد سایز نمونه و ساختار نمونه میتواند به شکلی که در صفحات ...... دقیقاً تشریح گردیده صورت گیرد، باستثنای آنکه h درین جا تعداد خانوار ها در فی ولسوالی، b تعداد متوقعه افراد شاخص در فی ولسوالی، و c عبارت از تعداد ولسوالی ها در نمونه میباشد.

ارزش r درین حال عبارت از اندازه تقریبی ارتباط جوابات در بین ولسوالی میباشد. تحلیل همچنان دقیقاً عین مودل را مانند بخش پنج تعقیب می نماید و جدول محاسباتی ۱ - ٤ به استثنای آنکه X_i حالا تعداد خانوار ها در ولسوالی i- ام بوده و دارای بیت الخلاء مي باشند، Z_i عبارت از تعداد مادران شاخص که درین ولسوالی نمونه گرفته شده میباشد، و Y_i آن تعدادی را نشان میدهد که مراقبت های قبل الولاده را دریافت نموده اند.

اگر یك ولسوالی دارای نفوس که بزرگتر از انتروال نمونه گیری باشد. میتواند یك حالت خاص با نمونه گیری PPS بمیان آید. در این حالت انتخاب دومرتبه صورت گیرد و در زمینه دقت ضروریست. یك مثال این حالت را روشن مي نماید. فرض نمائید که از جمله پنج ولسوالی که نفوس آن در ذیل ارائه گردیده سه ولسوالی انتخاب شوند.

ولسوالی	نفوس	نفوس تجمعي (تراکمی)
A	10000	10000
B	5000	15000
C	25000	40000
D	8000	48000
E	6000	5400

درین حالت انتروال نمونه گیری ۱۸۰۰۰ = ۳/ ۵٤۰۰۰ خواهد بود. شروع کنید تا بصورت رندم یکعدد بین ۱ و ۱۸۰۰۰ را انتخاب نمائید. اگر عدد رندم ٦۳۲۰ باشد بعد از آن قیمت های کلیدی ٦۳۲۰، ۲٤۳۲۰، ٤۲۳۲۰ ولسوالی های A، C و D انتخاب خواهند شد، اگر عدد رندم ۱۰۱۸ باشد. قیمت های کلیدی عبارت از ۱۰۱۸، ۱۹۰۱۸ و ۳۷۰۱۸ میباشند که ولسوالی های منتخب A، C وبازهم C میباشد.

وبراي آنکه از مقالطه جلوگیری بعمل آید آنها را A، C1 و C2 می نامیم. بخاطر باید داشت

همراه با انحراف معیاری $S(P) = W1 \quad S1 + \quad W \; S + \; W3 \; S \; 3$

طوریکه W1عبارت از تناسب نفوس است که بحوزه ۱ مربوط میباشد وعلی هذا القیاس و (والبته W1 + W2 + W3 = 1 خواهد بود).

نمونه های Stratified میتواند عملی شود اگر چه تمام حوزه های یك کشور انتخاب نشده باشند. اینزمانی بوقوع می پیوندد اگر حوزه ها بصورت Purposive انتخاب گردند. درین حالت سروی نمیتواند بصورت کل از کشور نمایندگی نماید. بهر صورت میتواند فکر شود که حوزه های که انتخاب شده اند «کشور» مورد علاقه در سروی بوده و نمونه میتواند بحیث نمونه -Strati fied از همین «کشور فرضی Pseudo Country» که نتیجه در مورد آن میتوان عمومیت داده شود.

۸-ارائه‌نتائج

یك مطالعه مراقبت هاي اولیه صحی فرصت آن را مهیا میگرداند تا در بخش مربوط راجع به متغیر ها معلومات تازه (up - to - date) را جمع آوري نماید که آنها احتمالاً براي متخصصین مسلك های مختلفه مورد دلچسپی واقع گردد. این مشکل است که درین لحظه در مورد توحید راپور تمام مقاصد مختلفه که ارقام سروی در آنها بکار میرود تصور نمود. لذا در مورد مشوره آنست تا حتي الامکان این ارقام تشریح گردند وبحد اقل به سطح کلستر برای تمام متغیر های مهم جداول تهیه گردد. بطور مثال، اگر معلومات پیرامون وضع واکسیناسیون اطفال شاخص جمع آوری شده باشد، یك جدول برای هر کلستر باید واضح و نمایانگر باشد، تعداد خانوارهاي منتخبه، تعداد اطفال شاخص درآن خانوارها و به چه تعداد از اطفال بصورت مکمل واکسین شده اند. و ضرور نیست که تمام این جداول در متن اساسی راپور گنجانیده شود، اما اقلاً آنها در یك لست ضمیمه ارائه شوند.

جداول باید بسیار خوب ترتیب گردند. اعداد شامل جداول باید به دقت جا بجا شوند که دارای حاشیه هاي اطراف خالي باشند تا بآسانی خوانده شوند. مشخص نمودن اعداد بسیار دقیق دارای کدام ارزش نمی باشد، این عمل در واقعیت مشابه ساختن آنها را مشکل تر می سازد. اگر فیصدی ها بیان مي شوند از یك خانه عشاری بیشتر کدام ارزشي ندارد. تا زمانیکه بعضی از فیصدی ها بسیار

خورد میباشند یك فیصد یا ۲ فیصد آنها باید به عدد نزدیك تام نشان داده شوند. انحراف معیاری مانند تخمین ها به عین درجه دقت ارائه گردند.

در ارائه و نمایش های تصویري نتایج باید با چارت ها، هستو گرام ها، پای چارت ها و غیره بکار برده شوند که کمك بزرگ در مقایسه جوانب عمده ارقام نموده و به راپور یك اهمیت حیاتی دارد. ارقامی که روی آنها گذارش استوار مي باشد باید شامل یك ضمیمه باشند. ارقام کلیدی که به تحلیل ارتباط میگیرد باید در متن تذکار داده شود، اما دیاگرام های خوب اکثراً ترند ارتباطات، ومقایسه ها را بسیار واضح نظر به خود اعداد ارائه می نماید.

۹- اصول عمومی دیزاین نمونه

* واحد ها در تمام سطوح، به استثنای پائین ترین سطح (خانوارها) باید همراه احتمال متناسب به سایز Probability Proportional to Size یا PPS انتخاب شوند.

* خانوار ها حتی الامکان باساس نمونه گیری رندم ساده SRS انتخاب گردند.

* تا جائیکه منابع مالی اجازه میدهد هرچه بیشتر از واحد هاي سطوح بلند تر (ولسوالي ها و قریه ها) انتخاب شوند. در هرسطح، کلسترهاي بسیار خورد نسبت به کلستر های بزرگ نتیجه بهتر میدهد.

* در تمام سطوح، در بین هر واحد سطح بالاتر به عین تعداد از واحد های نمونه گرفته شوند، یعنی به عین تعداد از ولسوالی ها در هر حوزه و به عین تعداد از قریه ها در هر ولسوالی و به عین تعداد از خانوار ها در بین هر قریه.

* در هر سطح بهتر خواهد بود اگر واحد ها بتوانند در مطابقت به بعضی از شاخص ها که به موضوع سروی ارتباط میگیرند بصورت لست ترتیب شوند، یا به اساس بعضی مقیاس های عمومی شامل PHC ترتیب شوند.

* Stratification میتواند صرف در سطوح بالا (حوزه یا ولایت) بکاربرده شود، درین حالت هر حوزه یا ولایت باید بحیث یك سروی علیحده در نظر گرفته شود.

* دیزاین نمونه های مختلف میتواند در Strata مختلف بکار برده شود. این زمانی مفید است که کشور از حوزه های مختلف محدود متشکل باشد. درینصورت در نتاذج اخیر سروي

میتوانند ترکیب شوند.

* هرگاه تخمین ها برای حوزه ها ضروري باشد، باید محاسبه سایز نمونه برای هر یك از حوزه ها اجرا گردد. و نتیجه تخمین توصیه شده برای کل کشور نسبت به تخمین حوزوي بسیار دقیق تر خواهد بود.

* اقلاً در دوواحد های سطح بالائی (مانند ولسوالی ها) باید همیشه در بین هر Stratum انتخاب شود تا محاسبات انحراف معیاری را اجازه دهد.

* ولسوالی ها یا حوزه ها میتوانند ترجیحاً بصورت Purposive نسبت به رندم انتخاب شوند، اگر آنها دارای یك علاقمندی بخصوص در بین خود باشند. نتائج چنین ولسوالی ها برای ولسوالی مورد سوال نیز مدار اعتبار بوده، اما ترکیب شده نمیتواند که نتیجه آن از سطح ملی نمایندگی نماید.

* ساحات کشور که از نگاه اقتصادی نمیتواند سروی شود باید از دیزاین نمونه گیری خارج شوند، و نتائج که بعداً برای کشور ارائه میشوند باید این ساحات خارج ساخته شوند.

* اگر شما بخواهید که ازین رهنمود ها قدم فراتر نهید، باید با یك متخصص احصائیه که در میتود هاي نمونه گیری سروی تجربه کافي داشته باشد مشوره نمائید.

ضمیمه (۲)

دایه های محلی

تاریخ مصاحبه . . . .

اسم مصاحبه کننده . . . .

۱- تعیین شخص:

۱-۱ اسم -

۱-۲ جمعیت - ناحیه -

۱-۳ نظارت توسط مرکز صحی -

۱-۴ فاصله مرکز صحی —

کمتر از یک کیلومتر (کمتر از ۱۵ دقیقه) بیشتر از ۱۰ کیلومتر

۱ - ۴ کیلومتر نمیدانم

۵ - ۱۰ کیلومتر

۱-۵ عمر - کمتر از ۲۰ ساله ۴۰ - ۴۹ ساله

۲۰ - ۲۹ ساله از ۵۰ به بالا

۳۰ - ۳۹ ساله نمیدانم

۱-۶ جنس - مذکر - مونث -

۱-۷ حالت زناشوئی - مجرد جداشده

متاهل بی جواب

طلاق

۱-۸ تعداد اطفال دایه ها:

هیچ - بیشتر از ۳ طفل

۱ - ۳ طفل -

۱-۹ محل تولد دایه محلی:

در ساحه کار -

بیرون از ساحه اما نزدیک -

از ساحه بسیار دور -

ضمیمه (۳)

۱-۱۰ زمان دایه در این ساحه زندگی : - تمام عمر -
نموده است ۵ سال و یا بیشتر -
کمتر از ۵ سال -

۱-۱۱ شغل معمول قبل دایه : -
(به استثنای دایه گی)

۱-۱۲ آیا دایه خوانده می توانند : - بلی - نه -

۱-۱۳ سویه تعلیمات رسمی : - هیچ -
ابتدائیه -
ثانوی -
تخنیکی -
وغیره (توضیح بدارید)

۲- معلومات از جمعیت :

۲-۱ از دایه پرسان کنید :	جواب دایه	تعداد واقعی	منبع
۱- نفوس جمعیت -			
۲- تعداد خانوار -			
۳- تعداد ولادت در سال -			
۴- تعداد حاملگی -			
۵- حد وسط فاصله زایمان -			
۶- تعداد اطفال کمتر از یکساله -			

۲-۲- دایه راجع به اسباب وفیات مادران چه میگوید ؟ . . .

۲-۳- دایه راجع به اسباب عام وفیات اطفال چه میگوید ؟ . . .

۲-۴- دایه راجع به عادات غذائی معمول در موارد زیر در جمعیت چه میگوید ؟ . . .

۱- در جریان حاملگی
۲- در جریان زایمان
۳- بعد از زایمان

۳- انتخاب وتربیه دایه :

۳-۱ - آیا دایه توسط مردم جمعیت انتخاب شده است ؟ بلی - نه -

درصورت بلی چطور انتخاب شده بود ؟

توسط مجلس عمومی جمعیت - توسط یک دسته از زنان -

توسط یک کمیته - وغیره -

۳-۲ - برای چند مدت او به صفت دایه محل کار نموده است ؟

کمتر از ۴ سال - ۲۰ - ۲۹ سال -

۵ - ۹ سال - ۳۰ یا بیشتر -

۱۰ - ۱۹ سال - نمیدانیم -

۳-۳ - ابتدائاً او مهارت های دایه گی را از کی آموخت ؟

بدون آموزش ــ از تسهیلات صحی ــ

از مادر ــ

از اقارب ــ

از دایه دیگر ــ

۳-۴ - آیا دایه از کدام پروگرام تربیوی اساسی درمراکز صحی استفاده نموده است ؟

بلی ــ نه ــ

اگر جواب بلی باشد برای چند مدت ؟ هفته ..... ماه ......

۳-۵ - آیا کار او شامل مسایل بوده که او برای آن آمادگی ناکافی داشته ویا هیچ تربیه ندیده بود ؟

بلی ــ نه ــ

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید :

۳-۶ - آیا دایه درکدام کورس دیگر شعر تربیوی در ۱۲ ماه گذشته اشتراک نموده است ؟ بلی ــ نه ــ

اگر جواب بلی باشد کورس اخیر راجع به چه بوده است ؟

۳-۷ - آیا دایه ساحه نیازمندی تربیوی خود را مشخص ساخته میتواند ؟

۱-

۲-

۳-

برای اشتراک در پروگرام تربیوی بیشتر ضرورت ندارد .

نمیدانم ....

ضمیمه (۲)

۴ - حمایت نظارت و شرایط کار

۴.۱ - آیا دایه گاهی توسط پرسونل صحی از مرکز ویزیت شده؟ بلی - نه

اگر جواب بلی باشد توسط کی؟ ......

ویزیت قبلی چقدر وقت پیشتر صورت گرفت؟

- کمتر از یک ماه ____ بیشتر از ۳ ماه ____

۱ - ۳ ماه ____

هدف این ویزیت چه بود؟

سامان ولوازم ____ وغیره ____

نظارت ____ نمیدانم ____

تربیه ____

۴ - ۲ آیا دایه درین اواخر مرکز صحی مربوطه خودرا ویزیت نموده است؟ بلی - نه -

اگرجواب بلی باشد چقدر وقت پیشتر؟

کمتر از یکماه ____ بیشتر از ۳ ماه ____

۱ - ۳ ماه ____

هدف ویزیت چه بود؟

سامان ____ ملاقات ____

رجعت مریضان ____ تربیه ____

مشوره ____ وغیره ____

راپور دادن ____

۴ - ۳ دایه در ماه گذشته چند ولادت را نظارت نموده است؟

هیچ ____ بیشتر از ۳ ____

۲ - ۳ ____ نمیداند ____

تعداد ولادتها در سه ماه گذشته :

هیچ ____ بیشتر از ۱۰ ____

۱ - ۵ ____ نمیداند ____

۶ - ۱۰ ____

۴ - ۴ آیا درکدام یک از ولادتها سوپروایزور نیز حضور داشت؟

بلی ___ نه ___

۴-۵ آیا دایه به کدام شکل مزد یا فیس از مردم میگیرد؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد به کدام شکل (پول و مواد) ________

از کی اخذ میدارد؟ ....

۴-۶ آیا دایه کدام محل کار معین که از طرف جمعیت تعین شده باشد دارد؟ بلی - نه -

۴-۷ دایه در ۳ ماه گذشته چند مریض را به مرکز صحی رجعت داده است؟

تعداد مریضان رجعت داده شده :

هیچ ________ بیشتر از ۳ ________

۱-۳ ________ نمیداند ________

۴-۸ آیا مردم جمعیت برای رجعت مریضان ترانسپورت تهیه نموده بودند؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید؟

۴-۹ آیا به کدام طریق دیگر مردم جمعیت دایه را در کارش کمک مینماید؟

۵ - فعالیت های روزمره

۱- فعالیت های عمومی

کدام نوع فعالیت ها را دایه پیش می برد؟

اهتمامات انتی نتال	—	حمایه طفل و مادر	—
نظارت زایمان	—	معافیت	—
اهتمامات پوست نتال	—	رشد و نموی اطفال	—
رجعت مریضان	—	اعاده فمی مایعات	—
کشف مریضان معروض به خطر	—	وقایه دوائی ملاریا	—
ویزیت های خانگی	—	تداوی امراض عام	—
تعلیمات صحی	—	ثبت ولادت ها	—

۵-۲ اهتمامات قبل الولادت

۱- آیا مادران حامله برای اهتمامات این دوره خود را راجستر مینماید؟

بلی — نه —

اگر جواب بلی باشد در کجا راجستر مینمائید؟

چند نفر را راجستر می کنید؟ چند نفر ___ تقریباً تمام آن ___

تقریباً نصف ___ نمیداند ___

۳- هرگاه دایه یک زن حامله را ملاقات بکند که خود را برای اهتمامات قبل الولاده راجستر نموده است؟

پیغام میدهد که نزد وی بیاید ___ هیچ ___

با وی مشوره میدهد ___ وغیره ___

خانه اش را ویزیت مینماید ___

۳- آیا دایه بصورت روتین هر مریض را جهت معاینات قبل الولاده به مرکز صحی میفرستد؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد آیا به دایه نتایج معاینات را خبر داده اند؟ بلی - نه -

۴- چه نوع فعالیت های روتین یک دایه در جریان یک ویزیت قبل الولادت اجرا میدارد؟

۵- آیا دایه کدام یک از کتگوری های زنان حامله را خودش و کدام یک دیگر را به شفاخانه یا مرکز صحی میفرستد؟

کتگوری زنان حامله	توسط دایه عرضه میشود	به شفاخانه یک مرکز صحی رجعت داده میشود
• مادران صحتمند را در حاملگی سوم یا بعدتر		
• مادران کمتر از ۱۶ ساله		
• مادران پیرتر از ۴۵ ساله (حاملگی اول)		
• مادران که قبلاً سزارین شده است		
• مادران قدکوتاه		
• خونریزی در حاملگی		
• ولادت های خاموش قبلی		
• دوره های قبلی باروری قسمی		
• مادران با مریضی های وخیم		
• مادران مبتلا به سوء تغذی		
• با ولادت های دوگانه و سه گانه		
• خونریزی های در ولادت قبلی		

۶- دایه ها درمورد حالات زیر محلی چه کارها ی را انجام میدهند؟
(تیم مطالعاتی یک لست ازین اختلاطات راکه درشرایط مملکت مرتبط باشد ترتیب میدهد)
پس ازآن سوالات رایکایک برسان نموده وآنهای راکه نمیدانند نیز اشاره نمائید:

اختلاطات قبل الولادت	تدابیرکه توسط دایه تجویز میشود
- خون ریزی ها درمراحل اولیه حاملگی	
- خون ریزی ها درمراحل نهایی حاملگی	
- استفراغات شدید ودوامدار	
- درد ها ی شدید بطنی	
- تبول زیاد ودردناک	
- پندیدگی دست ها وپاها	
- سردردی ها ی شدید	
- عدم توانائی درافزایش وزن	
- عدم رشد رحم	
- بطن حساس ودردناک	
- کوتاه نفسی ها ی شدید	
- تشنجات قبل اززایمان	
- تراوش مایعات	
- عدم تحرکیت دررحم	
- تب بلند	

۵-۳ زایمان

۱- آیا دایه در سرعت بخشیدن زایمان از کدام متود خاص استفاده می نماید؟ (مقصد از این سوال دریافت بعضی از تمرینات مضر است که بعضی از دایه ها در اجرای آن سعی می نمایند) بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید:

اختلالات ولادت	تدابیرکه توسط دایه تجویز می شود
- خون ریزی شدید از طفل	
- بطن سخت وحساس	
- سقوط حبل	
- اعتلان بازو یا پای	
- اعتلان بریج	
- ولادت چندگانگی	
- تقبضات روبه کاهش میرود	
- خرابی مایعات	
- مادربه اختلاج مبتلا میشود	
- شانه بندش پیدا میکند	
- بارهگی شدید عجان	
- حبل به دورگردن طفل بسختی بسته شده است	

۵-۴ مرحله سوم زایمان

۱- دایه بصورت نورمال درکدام مرحله ناف طفل راقطع مینماید؟

فوراً پس ازولادت طفل ——— وغیره (توضیح بدارید)

هرگاه که نبضان حبل توقف کرد ———

پس ازخروج پلاسنتا ———

۲- دایه چطور میشناسد که پلاسنتا جداشده است؟

غور رحم سخت وپندیده میشود ———

مقدار خونریزی کم ———

وقتیکه حبل دراز میشود ———

نزدخانم تقاضای فشار پیدا میشود ———

وقتیکه ولادت قابل رویت میشود ———

وغیره (توضیح بدارید) ———

۳- دایه بصورت نورمال پلاسنتا را چطور ولادت میدهد؟

۴- اگر یک مادر بعد از ولادت خونریزی دارد دایه محلی درمورد آن چه اجراات میکند؟

۵- چندزن در ۳ ماه گذشته بنابر خونریزی پس از زایمان فوت نموده است؟

یک نفر ---

بیشتر از آن ---

۶- چندزن از سبب تب بعداز زایمان درسه ماه گذشته فوت نموده است؟

یک نفر ---

بیشتر از آن ---

۵-۵- اهتمامات صحی کودک نوزاد

۱- اگر یک کودک نوزاد قادر به تنفس نشود یا فوراً پس اززایمان از تنفس باز ماند درین صورت چه تدابیر را روی دست می گیرد؟

- مواد مخاطی ومایعات داخل دهن وسوراخ های بینی پاک می کند ____
- از پاهای نوزاد گرفته وآنرا برای چند لحظه آویزان نموده و با کف دست بسرین او میزند ____
- تنفس دهن به دهن به او میدهد؟ ____
- وغیره (توضیح بدارید . . . .)
- هیچ چیز نمی کند . ____

۲- درمورد گرم نگهداری نوزاد پس از ولادت خودرا چطور مطمئن میسازد؟

- بدن طفل را با تکه روی پاک خشک میسازد ____
- طفل را در یک تکه می پیچاند ____
- طفل را در پستان مادر قرار میدهد ____
- از شستن طفل در روز اول خودداری میکند ____
- طفل را با آب گرم شستشو مینماید. ____
- وغیره (توضیح بدارید) ____
- نمیداند ____

۳- چه علایم دایه را به اشتباه می اندازد که سره طفل به کدام عارضه مبتلا شده است؟

- خونریزی از سره ـــــ - تاخیر در جدائی پلاسنتا ـــــ

- بوی بد ـــــ - وغیره (توضیح بدارید) . . . .

- مایعات متعفن ـــــ - نمیداند ـــــ

۴- آیا دایه محلی در قسمت چشم های طفل کدام چیزی میمالد یا خیر؟ بلی - نه -

- چشم را پاک میکند ـــــ - وغیره (توضیح بدارید) . . . .

- دوا می اندازد ـــــ - نمیداند ـــــ

۵- آیا دایه در راحت نمودن طفل و مادرش خود را مطمئن میسازد؟ بلی - نه -

۵-۶- حمایه طفل و مادر، فامیلی پلانگ، معافیت و تعلیمات صحی

۱- آیا دایه بصورت منظم در پروگرام کلینیک حمایه طفل و ما در سهم می گیرد؟ بلی - نه -

- اگر اشتراک می کنند پس چرا؟

- از دایه دعوت به عمل نیاورده؟ - وغیره (توضیح بدارید) . . . .

- از کلینیک فاصله زیاد دارد؟ - نمیداند ـــــ

۲- در ساحه زندگی شما واکسیناسیون به کدام ترتیب موجود است؟

روزانه - هفته وار - ماهوار -

هر دو ماه یکمرتبه - وغیره (توضیح دهید) نمیداند -

۳- دایه کدام وظایف خاص را بصورت منظم در حرکات پروگرام معافیت اجرا میدارد؟

تشویق مردم جمعیت ـــــ در جریان واکسیناسیون کمک میکند ـــــ

تعقیب ـــــ بدون سهم فعال ـــــ

وغیره (توضیح بدارید) . . . .

۴- آیا دایه محلی کدام مواد اطلاعاتی برای توزیع به مردم در جمعیت دارد؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد لطفاً توضیح دارید که چه نوع معلومات را در سه ماه گذشته بدست رس گذاشته است.

۵-۷ تغذیه و کنترل اسهالات

۱- آیا دایه محلی اطفال را وزن میکند؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد آیا ترازوی آن صحیح است؟ بلی - نه -

۲- آیا دایه محلی میداند که از چارت رشد و نموی اطفال درین ناحیه استفاده می شود؟

بلی - نه -

او می شناسد و میداند که چارت رشد و نموی اطفال چیست ___

او می شناسد اما استفاده آنرا نمیداند. ___

او چارت نشو و نمای اطفال را نمی شناسد. ___

<u>بررسی مصاحبه کننده :</u>

آیا واقعاً چارت نشو و نما را می فهمد

او چارت نشو و نما را نمی فهمد

۳- آیا دایه محل میداند که مادر باید تاکدام سن به طفل خود شیر میدهد؟

- کمتر از ۳ ماهه ___ وغیره (توضیح بدارید)

- ۳ ماهه ___

- ۶ ماهه ___ نمیداند ___

- ۱۲ ماهه ___

- ۲۴ ماهه ___

۴- دایه محل چطور علایم دی هایدریشن را در طفل می شناسد؟

زبان خشک ___

تشنگی زیاد ___

چشمان فرورفته ___

فانتنل فرورفته ___

ضیاع الاستیکی پوست ___

عدم موجودیت اشک و ادرار ___

نبض ضعیف ___

ضعف عمومی و کولاپس ___

وغیره (توضیح بدارید) ___

نمیداند ___

۵- آیا دایه میداند که چطور محلول بوره و نمک را تهیه بدارد؟

بلی -　　　　نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید

بررسی مصاحبه کننده :

آیا توضیحات وی به فورمول موضوعه توافق دارد؟

بلی -　　　　نه -

۶- دایه محلی به یک مادریکه طفل او مصاب به اسهال است چه مشوره میدهد؟

- شیر مادر را ادامه بدهد	___	- متوجه علایم دیهایدریشن شود	___
- توقف شیر مادر	___	- اگر طفل خوب نشد بغرض اخذ	___
- غذای اضافی بدهد	___	کمک اقدام می نماید	
- محلول او آر اس بدهد	___	- برایش توضیح میدهد که چطور	___
- ادویه بدهد	___	از اسهالات وقایه نماید	
- غذای عادی را ادامه بدهد	___	- وغیره (توضیح بدارید)........	
- طفل را به رقوات بیشتر غذا بدهد	___	- نمیداند	___
- غذای جامد را توقف بدهد	___		

۶- سامان وتجهیزات

۱- آیا دایه لست وسایل را که باید داشته باشد نزد خود دارد؟

بلی -　　　　نه -

۲- سیستم تعویض وسایل وادویه چطور ترتیب یافته است؟

۳- آیا دایه محلی به کمبود بعضی از اقلام شامل بکس دایگی خود در سه ماه گذشته مواجه شده بود؟

بلی -　　　　نه -

اگر جواب بلی باشد کدام اقلام زودتر ازهمه به اتمام رسید؟

اقدام :　　　　　　　　　　　　دلایل :

۶-۴ ادویه

اسم	مقدار موجود	تاریخ تهیه	تاریخ تهیه مجدد
اسپرین کلوروکین اوآراس کاندوم وغیره			

۶-۵ تجهیزات وسایر وسایل

اسم	موجود (+) یا مفقود (۵)	حالت خوب (+) خراب (۵)	تبصره
پیش بند فورسپس پنبه استعمال			

ضمیمه (۳)

رهبران جمعیت

تاریخ مصاحبه: . . . .

اسم مصاحبه کننده: . . . .

اسم جمعیت -

اسم رهبر جمعیت که با او مصاحبه بعمل آورده است - . .

وظیفه -

۱- تشکیلات یا سازمان جمعیت:

۱-۱ برای اتخاذ تصامیم دسته جمعی در جمعیت آیا کدام کمیته دهاتی یا شورای مشورتی در آن جا وجود دارد تا مسایل صحی وغیره را تحت غور و بحث قرار بدهد؟ بلی- نه-

اگر جواب بلی باشد اعضای آن کیست؟

- کتگوری های مردم . . . .

- از گروپ های که نماینده گی مینمایند . . . .

اگر جواب نه باشد به سوال ۲ مراجعه کنید.

۱-۲ آیا این کمیته قانونی است؟ بلی- نه-

۱-۳ آیا کدام یک از پرسونل صحی درین کمیته اشتراک می نماید؟ بلی- نه-

اگر جواب بلی باشد رول آن در کمیته به صفت چیست؟ عضو و مشاور وغیره

۱-۴ آیا این کمیته قسمت از یک کمیته کلان قریه که مسؤل تمام مسایل اجتماعی واقتصادی میباشد؟

بلی- نه-

درصورت که جواب نه باشد آیا کمیته های صحی دیگر موجود است؟

۱-۵ وظایف کمیته صحی چیست؟

- اتخاذ تصمیم در مورد الویت های فعالیت های صحی ___

- بسیج منابع محلی برای پلان گذاری وتطبیق فعالیت های جمعی مردم در حمایت از مراقبت های صحی اولیه ___

- حصول منابع خارجی برای فعالیت های صحی ___

- پلان گذاری و پیش برد پروگرامهای صحی
- استخدام کارگران صحی جمعیت
- نظارت جوانب غیر تخنیکی کارهای کارگر صحی جمعیت
- برخورد با وقایع عاجل - رجعت به شفاخانه
اتخاذ ترتیبات انتقال مریضان

۱-۶ چه وقت کمیته تشکیل جلسه داده بود؟
درکمتر از یکماه ——— یک الی سه ماه ———
بیشتر از سه ماه ——— چه را بحث نموده اند؟ . . . .

۱-۷ آیا مسوده رویداد مجلس بدسترس است؟
بلی - نه -

۱-۸ آیا کمیته صحی حساب مصارف مالی خود نگهداری مینماید؟
بلی - نه -
اگر جواب بلی باشد آیا آنرا کسی کنترول نموده است؟
بلی - نه -

۲- perception از پرابلم های صحی و خدمات صحی

۲-۱ از نگاه رهبران پرابلم صحی عمده در جمعیت کدام ها اند؟
۲-۲ علت و اسباب امراض در نظر رهبران چه خواهد بود؟
۲-۳ کدام نوع افراد بیشتر از همه متاثر شده اند؟
آیا رهبران مشخصاً این افراد را می شناسند؟ بلی - نه -
۲-۴ رهبران چه فکر می نمایند که درین قسمت چه باید بکنند خصوصاً آن پرابلم های که بیشتر از همه باعث اذیت و آزار مردم شده است؟

۲-۵ چه کارهای درین زمینه تا بحال صورت گرفته است؟
۲-۶ آیا در نزد جمعیت این احساس ایجاد شده که پروگرام ها باعث کاهش پرابلم ها گردیده است؟
بلی - نه -

۲-۷ کدام نوع اطلاعات را بالای صحت جمعیت جمع آوری مینمایند (مثلاً معافیت تولدات سرخکان ، وغیره) ؟ . . .

۲-۸ چند نفر در ماه گذشته فوت نموده اند ؟

۲-۹ کدام یک از خدمات صحی ذیل به مردم عرضه شده ؟ آیا رهبران جمعیت از آن قناعت دارد ؟

	عرضه شده و قناعت بخش	عرضه شده اما قناعت بخش نیست	عرضه نشده
خدمات معالجوی			
حمایه طفل و مادر			
صحت محیطی			
تعلیمات صحی			
تعلیمات دتقویه تغذی			
فامیلی پلانینگ			
معافیت			
وغیره			

۳- منابع جمعیت و خود اتکائی

۳-۱ آیا مردم اعانه پولی میدهند ؟

بلی- نه-

اگر جواب بلی باشد پس مردم از پول برای چه استفاده میکنند ؟

۳-۲ از دو سال گذشته کمک خارجی به جمعیت صورت گرفته است ؟

بلی- نه-

اگر جواب بلی باشد این کمک ها از کجا و چقدر صورت گرفته است

۳.۳ فعالیت های صحی جمعیت را که در ۱۲ ماه اخیر صورت گرفته حساب نمائید:

آب رسانی ———

حفظ الصحه محیطی ———

پاکی ونظافت قریه ———

انتقال مریضان ———

تقویه تغذی ———

زراعت دسته جمعی ———

وغیره (توضیح دارید) ....

۳.۴ آیا کدام پروژه صحی (در حال جریان ویا پیشنهادی) از طرف خود مردم در جمعیت پلان شده است؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد آیا در زمینه کمک های دولتی ویا خارجی مورد ضرورت است؟ پروژه وانواع کمک ها را مورد احتیاج تشریح دارید.

۳.۵ آیا جمعیت کدام سیستم عایداتی در حال انکشاف ویا موجود در ۳ سال اخیر داشته است؟

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید؟

۳.۶ آیا در سال های اخیر پیشرفت های اقتصادی صورت گرفته است؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد مثال های آنرا بدهید.

۴- کارگر جمعیت

۴.۱ آیا مردم جمعیت از کارهای پرسونل محلی زیر رضایت دارند:

کارگر صحی جمعیت ؟ بلی - نه -

دایه های محلی؟ بلی - نه -

اگر جواب «نه» باشد راجع به عدم رضایت توضیح بدارید؟

۴.۲ آیا در دو سال گذشته این ضرورت بمیان آمده که کدام یک از پرسونل محلی از وظیفه سبک دوش شده باشد؟

کارگر صحی جمعیت بلی - نه -

دایه محلی بلی - نه -

۴-۳ - آیا کارگران صحی جمعیت و دایه های محل راجع به مکاتب زیر به کمیته راپور داده اند؟

		کارگر صحی	دایه
۱- پرابلم های مواجه شده که ضرورت به عمل دارد	بلی		
	نه		
۲- پیشنهاد و پلان برای فعالیت های صحی مورد نیاز	بلی		
	نه		
۳- پیشرفت کار	بلی		
	نه		

۴-۴ اگر کارگر صحی راپور ارائه بدارد که چند بار برای مباحثه چنین راپور ها در ۱۲ ماه گذشته مورد بحث قرار گرفته است؟

هیچگاه - دو مراتبه - بیش از دو مراتبه -

۴-۵ مردم جمعیت و کمیته های دهاتی چه نوع مزد یا اجرت را برای پرداخت کارگران صحی ده و دایه ها بصورت نقد و یا جنس قبول نموده اند؟

۴-۶ آیا مردم یا کمیته در ۱۲ ماه گذشته قادر به پرداخت نقد یا جنس به صفت مزد (اجرت) موفق شده اند؟ بلی - نه -

۴-۷ چه نوع خدمات و حمایت به کارگران صحی ده و دایه های محلی عرضه شده است؟

۴-۸ آیا کدام شکایت از طرف کارگر صحی ده و دایه های محلی در ۱۲ ماه گذشته رسیده است؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد شکایت را توضیح بدارید.

۵- سهم سایر سکتور به صحت

۵-۱ آیا بر علاوه در جمعیت کسان دیگر هستند که در عرضه خدمات صحی فعالیت داشته باشند (مثلاً معلمین، مامورین توسعه زراعت، رهبران مذهبی) بلی - نه -

۵-۲ اگر جواب بلی باشد آنها کیستند؟ . . .

بصورت خاص بنویسید که ایشان چه می کنند؟

آیا فعالیت های ایشان با برنامه کار کارگران صحی و دایه های محل انسجام یافته است؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

۵-۳ آیا مشابه به سکتور صحت عامه کارکنان دیگر در جمعیت در سایر سکتور (مثلاً زراعت انکشاف وتعلیم وتربیه) وجود دارد؟

بلی - نه -

درصورت بلی اینها کیستند.؟

۵-۴ آیا مردم جمعیت به اعتبارات بانکی دست رسی دارند؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد کدام ساحات را دربر می گیرد؟

۵-۵ آیا این جمعیت پروگرام مستمره مواد غذایی دارند؟

بلی - نه -

۵-۶ آیا مردم جمعیت از تخم های اصلاح شده، کود کیمیاوی ومواد خوراکه که سبب سایدی (کمک هزینه) می شوند استفاده می کنند؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید

۵-۷ آیا مردم برای آب گرفتن فاصله زیاد را می پیمایند؟

بلی - نه -

۵-۸ آیا از کدام پلان اعمار سرک اطلاع دارید؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید...

۵-۹ آیا فعالیت های انکشافی سکتور های مختلف در رقابت در تضاد ویا در تضاعف با یکدیگر قرار دارد؟

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

۵-۱۰ آیا کدام پروژه وجود دارد که سبب تولید امراض وبیماری شود؟

مثلاً: پروژه های آبیاری مسکن وجنگل داری

اگر جواب بلی باشد لطفاً با یک مثال آنرا توضیح بدارید؟

۵-۱۱ آیا آنجا همکاری وجود دارد؟ بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

آیا بخوبی کار میدهند؟ بلی - نه -

ضمیمه (۴)

پرسشنامه

فورمه A پرسشنامه خانوار

نوت : این قسمت پرسشنامه نمونوی بشکل یک چک لست بوده در پاسخ سوالات هیچ اعداد و یا جواب تحریر نمیشود. صرف در ۱۰ ستون مقابل هر سوال مطابق به جواب ده خانوار یک علامه (✓) گذاشته میشود. در صف افقی مصاحبه کننده به سلسله مراتب خانوارها در آن درج مینماید یک ستون برای یک خانوار خانه پری میشود هرگاه که فورمه تکمیل شد مصاحبه کننده در یک فورمه دیگر تا تکمیل مقدار معین خانوارها در کلستر منتخبه استفاده می نماید در عقب صفحه شما می توانید معلومات تفصیلی بیشتر را به رشته تحریر در بیاورید.

این مطلب را باید بیاد داشته باشید که تمام ساحات که جواب ندارد توسط پرداس سایه دار ساخته می شود (✓) گذاشته نشده است.

پاورقی در صفحه ۲۱۳ لست گردیده است.

ضمیمه (۴)

پرسش نامه خانواده

نمبر کلستر -　　　　　　　　　　　　اسم قریه -

تاریخ -　　　　　　　　　　　　　　اسم ولسوالی -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
سلسله نمرات خانواده در یک کلستر												
۱. پاسخگوی (همیشه سعی شود که زن برای اینکار انتخاب شود.)												
مادر												۱
دیگران توضیح دارید												۲
۲. آیا این خانواده توسط یک کارگر صحی ویزیت شده (در ۴ هفته گذشته)؟												
بلی												۱
نه												۲
کارگر صحی در ساحه نیست												۳
نمیداند و یا جواب ندارد												۹
۳. آیا کارگر صحی بالای موضوعات حفظ الصحه مشوره داده است												
بلی												۱
نه												۲
کارگر صحی در ساحه وجود ندارد.												۳
نمیداند و یا جواب ندارد												۹
۴- آیا کارگر صحی شما درباره طرز گشت مواد غذایی مشوره داده است												
بلی												۱
نه												۲
کارگر صحی در ساحه وجود ندارد												۳
نمیداند و یا جواب ندارد												۹

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
بعد خانواده در کلستر												
۵. در مریضی های قبلی با کی مشوره شده بود؟												
هیچ کس نه												۱
داکتر معالج												۲
شفاخانه یا مرکز صحی												۳
واحدهای صحی سازمان غیر دولتی												۴
کارگر صحی جمعیت												۵
دایه محلی												۶
اقارب												۷
نمیداند ویا جواب نمیدهد												۸
۶- در سه ماه گذشته شما ویا کسی از خانواده شما در مجالس جمعیت ویا پروژه ها اشتراک کرده اید												
بلی												۱
نه												۲
نمیداند ویا جواب ندارد												۹
۷- چه نوع آب رسانی برای خانواده ها میسر است												
آب نل داخل خانه												۱
آب نل خارج خانه												۲
آب جوی												۳
آب چاه												۴
منابع دیگر (در عقب ورق توضیح بدارید)												۵
نمیداند ویا جواب ندارد												۶
۸- برای رسیدن به منبع آب چقدر وقت را در بر می گیرد												
آب داخل حویلی است												۱
۱۵ دقیقه												۲
بیشتر از ۱۵ دقیقه												۳
نمیداند ویا جواب ندارد												۴

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
۹- از کدام تسهیلات سنیتری استفاده می کنید ؟											
ارتباط با بدرفت شهری ۱											
سپتیک تانک ۲											
بیت الخلاهای نوع پت ۳											
سیستم سطل دار ۴											
بیت الخلا جمعیت ۵											
صحرائی ۶											
بیت الخلا همسایه ۷											
دیگران درعقب توضیح بدارید ۸											
نمیداند یا جواب ندارد ۹											
۱۰- کدام میتود وقایه ملاریا رامیدانید											
تجویز منظم ادویه ضد ملاریا ۱											
تجویز قبلی ادویه ملاریا ۲											
پودر پاشی پشه ۳											
از بین بردن جاهای تکثر ۴											
جالی خواب ۵											
پودر پاشی علیه لاروا ۶											
وغیره درعقب صفحه توضیح بدارید ۷											
نمیداند و یا جواب ندارد ۸											
۱۱- معلومات خود را از کی راجع به ملاریا اخذ نموده اید ؟											
پرسونل صحی ۱											
کارگر صحی ۲											
دایه محل ۳											
اقارب یا همسایه ۴											
وسایل ارتباط جمعی ۵											
دیگران درعقب صفحه توضیح بدارید ۶											
هیچ کس نه ۷											
نمیداند و یا جواب نداد ۸											

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
۱۲- آیا درین خانواده طفل کمتر از ۵ ساله زندگی میکند												
بلی												۱
نه												۲
نمیداند و یا جواب ندارد												۹
۱۳ هرگاه طفل شما به اسهال مبتلا شود برایش چه نوع مایعات و غذا میدهید												
تمام مایعات را متوقف میسازید												۱
مقدار مایعات را کم می کنید												۲
مقدار آنرا افزایش میدهید												۳
مقدار آنرا تغییر نمیدهید												۴
نمیداند و یا جواب نداد												۹
۱۴- آیا حالا درخانواده شما کدام طفل ۳ ساله وجود دارد												
بلی												۱
نه												۲
نمیداند و یا جواب نداد												۹
۱۵- لطفاً چارت رشد ونموی طفل سه ساله خود را برایم نشان بدهید												
دیده شد												۱
دیده نشد												۲
۱۴- اگر چارت نشو ونما موجود باشد آیا از روی آن معلوم شده میتواند که طفل وزن شده یا خیر؟												
بلی												۱
تعداد اطفال کمتر از یکساله												۲
تعداد اطفال بالاتر از یکساله												۳

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
۱۷- آیا طفل کمتر از ده ساله با شما در این خانواده زندگی مینماید؟												
بلی												
نه												
نمیداند یا جواب نداد												
۱۸- در جریان حاملگی طفل اخیر شما را کی معاینه نمود؟												
داکتر												۱
نرس												۱
دایه محلی												۲
حکیم جی												۳
دیگران در عقب صفحه بنویسید												۵
هیچ کس نه												۱
نمیداند و جواب نداد												۶
۱۹- جوان ترین طفل شما در کجا تولد یافت؟												
شفاخانه												۱
مرکز صحی												۲
درخانه به کمک قابله												۳
درخانه به کمک دایه												۴
دیگران درعقب ورق توضیح بدارید												۵
نمیدانند و یا جواب ندارد												۶

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
۲۰ - وزن نوزاد اخیرتان چند بود												
کمتر از ۲۵۰۰ گرام												۱
۲۵۰۰ گرام یا بیشتر												۱
وزن نشده بود												۳
نمیداند ویا جواب نداد												۹
۲۱ - چند نفر دختر (در سنین ۷-۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲) درین خانه زندگی میکنند ؟												
هیچ												۰
۱												۱
۲												۲
۳												۳
۴												۴
۵												۵
۶												۶
۷												۷
بیشتر از ۷ ساله												۸
نمیداند ویا جواب نداد												۹
۲۲ - از دختران متذکره چند نفر آن به مکتب میروند												
هیچ												۰
۱												۱
۲												۲
۳												۳
۴												۴
۵												۵
۶												۶
۷												۷
بیشتر از ۷												۸
نمیداند ویا جواب نداد												۹

ضمیمه ۴

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	مجموع	
۲۳ - آیا با سخنگوی مادر ویا پدر خانواده است ؟												
مادر												۱
رئیس فامیل (مرد)												۲
وغیره												۳
۲۴ - آیا شما کدام متود فاصله بندی حاملگی استفاده می‌نمائید؟												
تابلیت												۱
ای یو دی												۲
کاندوم												۳
عقامت												۴
وغیره درعقب صفحه توضیح دارید												۵
درکدام متود استفاده نمیکنند												۶
جواب نداد												۷
۲۵ - مالک این خانه کیست ؟												
این فامیل												۱
اقارب												۲
افراد دیگر												۳
نمیداند ویا جواب نداد												۹
آیا این خط را خوانده میتوانید ؟												
بلی												۱
نه												۲
جواب نداد												۹

اسم شخص که فورمه را تکمیل کرده است ....

ضمیمه ۳

پرسشنامه پوشش واکسیناسیون

اسم کلستر :

تاریخ :

نام قریه :

نام ولسوالی

اطفال که از ۱۲-۲۳ در وقت سروی عمر دارند

از تاریخ -

الی تاریخ -

		اسمای اطفال										
نمبر خانواده												
تاریخ تولد ماه و سال												جمع
کارمعاینت	بلی											
	نه											
دی پی تی - ۱	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
دی پی تی - ۲	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
دی پی تی - ۳	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
پولیو - ۱	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
پولیو - ۲	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
پولیو - ۳	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
سرخکان	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
بی سی جی	تاریخ / بلی / نه											
	سکار / بلی / نه											
	منبع											
نمبر خانواده												
مادر — تی تی ۱	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											
مادر — تی تی ۲	تاریخ / بلی / نه											
	منبع											

دلایل عدم موفقیت واکسیناسیون

نوت: صرف یک سوال پرسان کنید مثلاً: چرا طفل واکسیناسیون نشده است؟
چرا این طفل کاملاً واکسین نشده است؟

												جمع
	نمبر خانوار											
سطح واکسیناسیون	کاملاً											
	قسماً											
	هیچ											
عدم معلومات	۱- از ضرورت واکسین مطلع نبود											
	۲- از ضرورت برگشت برای دوز ۲ و ۳ واقف نبود											
	۳- وقت و زمان آن معلوم نبود											
	۴- ترس از عوارض جانبی											
	۵- نظریات غلط (مضاد استطباب)											
	۶-											
عدم انگیزه	۷- تا وقت دیگر معطل شود											
	۸- اعتقاد به واکسیناسیون ندارد.											
	۹- افواهات											
	۱۰-											
	۱۱- دوری محل واکسیناسیون											جمع
	۱۲- وقت آن مساعد نبود											
	۱۳- واکسیناتور حاضر نبود											
	۱۴- واکسین وجود نداشت											
	۱۵- پرابلم های فامیلی											
	۱۶- طفل مریض بود											
	۱۷- طفل مریض بود و واکسین نشد											
	۱۸- احتیاط زیاد											

نام شخص فورمه را خانه‌پری کننده:

ضمیمه (۴)

رهنمود تحلیل نتایج پرسشنامه خانوار

خلاصه سازی نتایج کلستر

بعد از اجرای مصاحبه خانوارها در یک کلستر باید سرویزرها جمع هر کلستر را محاسبه و در هر ستون اخیر فورمه داخل نماید. کلسترهای که حاوی بیشتر از ۱۰ خانوار باشند جمع آن که در ستون اخیر درج شده که در حقیقت یک جمع فرعی میباشد برای محاسبه جمع عمومی با استفاده از یک فورمه سفید تمام جمع فرعی ها در یک از ستون ها ی آن ثبت نموده و باین ترتیب جمع عمومی محاسبه می گردد؛ به مثال ۲ مراجعه کنید.

چون در تحلیل نهایی نتایج خلاصه نتایج در هر ولسوالی یا ولایت باید به تفکیک محل، ولسوالی وغیره تحلیل گردد معلومات حاصله باید بیشتر خلاصه شده که البته مربوط نوع نمونه یا Sample design میباشد لهذا العمل در قسمت محاسبه نتایج کلستر بیان شده در مراحل بعدی نیز از آن استفاده شده میتواند.

ضمیمه ۴

تحلیل نتایج

در جریان تحلیل باید بخاطر باشد که طرز العمل بدون در نظر داشت اینکه نتایج ولسوالی ویا ولایت است برای همه عین چیز است. در جاهای که یک سمپل دیزاین مرحلوی Stratified Sample design استفاده شده یک مرحله اضافی در محاسبه نتایج موجود میباشد تا نتایج حاصله در طبقات مختلف قابل مقایسه شده بتوانند اما طرز العمل که از آن ذیلاً بحث به عمل میآید برای همه یکسان میباشد.

برای ایجاد سهولت در تحلیل یک فورمه تحلیلی بصورت قبلی باید تهیه شده که شامل اقلام ذیل باشد:

۱- نمبر سوال مورد نیاز

۲- تشاعب در سوال موجود است یا نه ("تشاعب" یا "Branching": هرگاه پاسخ (X) باشد به سوال نمبر (Y) مراجعه کنید)

۳- تعداد پاسخ های علی البدل:

واحد (صرف یکی را "✓" بگذارید)

چندین پاسخ (تمام آنرا "✓" بگذارید).

۴- سلسله تقبل پاسخ ها و معنی شفر (اگر از آن استفاده شده باشد.)

۵- چه باید در جدول داخل ساخته شود برای مثال:

- معلومات که صرف برای تعین هویت است ضرورت به جدول بندی ندارد.
- سایر معلومات کثیر الوقوع
- فیصدی ها، اوسط و تناسب
- اعداد که برای محاسبه از آن استفاده به عمل میآید (ارقام صورت مخرج؟) این ارقام از کدام سوالات بدست میآید؟

برای سوالات فورمه A یک فورمه تحلیلی ذیل ضرورت خواهد بود:

۱- سوال اول -

a - پاسخگوی؟

b - تشاعب در سوال وجود ندارد

B

مثال-۲

نمبر کلستر :

تاریخ :

خلاصه پرسشنامه خانواده در هر کلستر *

اسم قریه -

اسم ولسوالی -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	جمع
نمبر خانواده در کلستر **	۱-۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۳۰	X	X	X	X	X	X	X	
پاسخ گوی: صرف یک خانه را نشانی کنید											
مادر											
دیگران											
۲- آیا این خانه توسط کارگر صحی جمعیت در ۴ هفته گذشته ویزیت شده بود؟											
بلی											
نه											
کارگر صحی جمعیت وجود ندارد											
نمیداند یا جواب نداد											
۳- آیا کارگر صحی جمعیت شما را درباره حفظ الصحه و پاکی مشوره داده است؟											
بلی											
نه											
کارگر صحی جمعیت وجود ندارد											
نمیداند و یا جواب نداد											
۴- آیا کارگر صحی جمعیت شما را از کشت سبزیجات مشوره داده است											
بلی											
نه											
کارگر صحی جمعیت وجود ندارد.											
نمیداند و یا جواب نداد											

* از پرسشنامه اصلی خانوار برای محاسبه مجموع کلستر های که بیشتر از ۱۰ خانوار در آن شامل میباشد بکار برده میشود. این مثال ۳۰ خانوار در کلستر میباشد

** در هر ستون آن جمع فرعی (Subtotal) که در ستون اخیر پرسشنامه اصلی خانه داخل کنید (ستون اول درین مثال نشان میدهد)

پرسشنامه خانوار

ضمیمه (۴)

نمبر کلستر -

نام قریه -

تاریخ -

نام ولسوالی -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	جمع
نمبر خانواده در کلستر	١	٢	٣	۴	۵	٦	٧	٨	٩	١٠	
١- پاسخ گوی صرف در یک خانه نشانی کنید											
مادر											
دیگران											
٢- آیا این خانه توسط کارگر صحی جمعیت در ۴ هفته گذشته ویزیت شده بود											
بلی											
نه											
درین ساحه کارگر صحی جمعیت وجود ندارد											
نمیداند ویا جواب ندارد											
٣- آیا کارگر صحی جمعیت شما را درباره حفظ الصحه و پاکی مشوره داده است؟											
بلی											
نه											
کارگر صحی جمعیت وجود ندارد											
نمیداند ویا جواب ندارد											
۴- آیا کارگر صحی جمعیت شما، شما را درباره کشت سبزیجات مشوره داده است؟											
بلی											
نه											
کارگر صحی جمعیت وجود ندارد											
نمیداند یا جواب ندارد											

مثال - ۳

خلاصه پرسشنامه خانوار در ولسوالی *

نمبر کلستر   اسم قریه :

تاریخ   اسم ولسوالی :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
سلسله نمرات کلستر	۱	۲	۳	۴	۵	۶					
۱- پاسخ گوی صرف کی را رسم کنید											
مادر											
دیگران توضیح بدارید											
۲ - آیا در ۴ هفته گذشته کارگر صحی قریه این خانوار را دیزیت نموده ؟											
بلی											
نه											
کارگر صحی در ساحه وجود ندارد											
۳ - آیا کارگر صحی راجع به پاکی و نظافت به شما مشوره داده است .											
بلی											
نه											
کارگر صحی در ساحه وجود ندارد											
نمیداند و یا جواب ندارد											
۴ - آیا کارگر صحی راجع به مواد غذایی به شما مشوره داده است											
بلی											
نه											
کارگر صحی در ساحه وجود ندارد											
نمیداند یا جواب ندارد											

* به همین ترتیب یک فورمه خلاصه برای ولایت یا منطقه خانه پری شده میتواند

** خلاصه فورمه خانوار را در هر ستون فورمه کلستر درج کنید (ستون اول جمع کلستر اول را از مثال-۲ نشان میدهد.)

c - پاسخ واحد

d - شفر ۱ = مادر

۲ = دیگران (توضیح بدارید)

e - نیصدی مادران در جدول داخل کنید.

سوال دوم :

a - خانواده‌های که توسط کارگر صحی در ۴ هفته گذشته ویزیت شده است ؟

b - تشاعب (branching) وجود ندارد .

c - پاسخ واحد

d - شفر : ۱ - بلی

۲ - نه

۳ - کارگر صحی در ساحه وجود ندارد.

۴ - نمیداند ویا جواب ندارد.

e - توزیع پاسخ‌های کثیر الوقوع جدول بندی کنید.

سوال سوم وچهارم مشابه به سوال دوم است .

سوال پنجم :

a - درمورد آخرین مریض اعضای خانواده باکی مشوره طبی شده بود ؟

b - تشاعب وجود ندارد .

c - چندین پاسخ

d - شفر = (صفر = 1) (۲ = تسهیلات دولتی) (۳ = سازمانهای غیر دولتی) (۴ = حکیم)
(دایه = ۵) (۶ - کارگر صحی ده) (۷ = اقارب) (۸ = دیگران)
(۹ = نمیداند ویا جواب نداد)

e - نیصدی هریک از پاسخ‌ها رابه ارتباط مجموع خانواده‌ها جدول بندی کنید.

سوال ششم : مشابه به سوال دوم .

سوال هفتم :-

a - چه نوع منبع آب مشروب برای خانواده موجود است ؟

b - تشاعب وجود ندارد.

c - چندین پاسخ

d - شفر : ۱= آب جوی یا دریا (باران)
۲= آب نل داخل حویلی
۳ = آب چاه داخل حویلی
۴ = آب نل عمومی
۵ = آب چاه خارج از حویلی
۶ = منابع دیگر (توضیح بدارید)
۹ = نمیداند یا جواب نداد.

e - فیصدی هریک از پاسخ ها را به ارتباط تعداد مجموعی خانوار محاسبه نمائید.

سوال هشتم : مشابه سوال دوم
سوال نهم : « « ششم
سوال دهم : « « پنجم
سوال یازدهم : « « هفتم

سوال دوازدهم :

a - آیا درین خانواده حالا کدام طفل کمتر از پنجساله زندگی میکند؟

b - تشاعب سوال : نقطه آغاز سوال ها : اگر جواب « نه » یا « نمیدانم » یا « جواب نداد » به سوال ۲۱ مراجعه کنید.

c - پاسخ واحد

d - شفر : ۱ = بلی
۲ = نه
۹ = نمیداند و یا جواب نداد

e - تناسب خانوارهای که درآن اطفال کمتر از پنجساله موجوداند محاسبه کنید.
(تعداد مجموع « بلی » بالای تعداد مجموع خانوار تقسیم می شود)
تعداد خانوار که دارای اطفال کمتر از پنجساله باشد (جمع در « بلی ») به صفت مخرج برای سوال ۱۳ استفاده کنید.

سوال ۱۳ :

a- هرگاه که یکی از اطفال دارای اسهال باشد درباره دادن مایعات باو چه می کنید؟

b- تشاعب ضرورت نیست (ختم تشاعب)

c- پاسخ واحد

d- مشفر ۱ = توقف مایعات

۲ = مقدار آنرا کاهش بدهید.

۳ = مقدار آنرا افزایش بدهید.

۴ = تغیر وارد نکنید.

۹ = نمیداند یا جواب نداد.

e- فیصدی خانوارهای که دارای اطفال کمتر از پنجساله است محاسبه کنید (مجموع «بلی» درسوال ۱۲)

سوال ۱۴ :

a- آیا طفل کمتر از دوساله حالا درین خانه زندگی مینماید؟

b- تشاعب سوالات : نقطه آغاز سوالات : اگر جواب «نه» یا «نمیداند» یا «جواب نداد» باشد به سوال ۲۱ مراجعه کنید.

c- پاسخ واحد

d- مشفر : ۱ = بلی

۲ = نه

۹ = نمیداند یا جواب نداد.

e- فیصدی خانوارهای که دارای اطفال کمتر از سه ساله باشد محاسبه کنید.

تعداد خانوارهای که دارای اطفال کمتر از سه سال («بلی») به صفت مخرج سوال ۵ استفاده کنید.

سوال ۱۵ :

a- اگر چارت رشد و نموی اطفال موجود باشد آیا از روی آن فهمیده شده میتواند که طفل در ۱۲ ماه گذشته سه مرتبه و یا بیشتر وزن شده است؟

b- تشاعب ضرور نیست (ختم تشاعب)

c- پاسخ واحد

d - شفر : ۱ = بلی

۲ = تعداد اطفال کمتر از یک له

۳ = تعداد اطفال بیشتر از یک له

e - فیصدی اطفال وزن شده را (شفر - ۱) به ارتباط مجموع پاسخ های که ۱ و ۳ کود شده (به استثنای اطفال کمتر از یکساله) محاسبه کنید.

سوال ۱۷ : مشابه سوال ۱۴

از تعداد خانواده های که دارای اطفال کمتر از دوساله به صفت مخرج سوال های ۱۸، ۱۹ و ۲۰ استفاده کنید.

سوال های ۱۸، ۱۹ و ۲۰ - فیصدی خانواده های که دارای اطفال کمتر از ۲ سال می محاسبه نمایید.

سوال ۲۱ :

a - چند نفر دختر سنین ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و یا ۱۴ ساله درین خانه زندگی میکنند.

b - تشاعب سوال : اگر جواب "نه" یا "نمیداند" و یا "جواب ندارد" پس به سوال ۲۳ بروید.

c - پاسخ واحد

d - شفر : (صفر = هیچ) (۱ = یک دختر) (۲ = دو دختر) (۳ = سه دختر) (۴ = چهار دختر)

(۵ = پنج دختر) (۶ = شش دختر) (۷ = هفت دختر)

(۸ = بیش از هفت دختر) (۹ = نمیداند یا جواب نداد)

e - تعداد مجموع دختران که در هر گروپ سن نشان داده به استفاده از جدول کاری زیر محاسبه بدارید.

کود (= تعداد دختران درگروپ سنین)	تعداد مجموع پاسخ های داده شده است	حسب آتی می سنجه کنید
(a)	(b)	(a) x (b)
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸ *		

جمع.

این جمع نماینده گی از تعداد دختران درگروپ سنین اشاره شده (indicated) در خانوار در سمپل نشان میدهد. ازین تعداد جمع به صفت مخرج درسوال ۲۲ استفاده کنید.

* ملاحظه کنید که کود ۸ گروپ « بیشتر از ۷ دختر » را نشان میدهد.

سوال ۲۲ :

a- چند تعداد ازین دختران بعمر ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ ویا ۱۲ حالا به مکتب میروند؟

b- تشاعب ضرورنیست (ختم تشاعب)

c- پاسخ واحد

d- شفر: مانند سوال ۲۱

e- تعداد دختران راکه به مکتب میروند می سنجه کنید.

فیصدی دختران راکه درگروپ سن ۷ - ۱۲ بوده به مکتب میروند حسب آتی می سنجه نمائید. تعداد مجموعی دختران سوال ۲۲ تقسیم تعداد دختران سوال ۲۱.

سوال ۲۳ - مشابه سوال ۱۲

به منظور Internal Consistancy جوابات را با سوال اول مقایسه کنید همچنان بغرض Cross tabulation درمقابل سوال ۳۴ و ۱۲۶ استفاده شده میتواند.

سوال ۲۴ - مشابه سوال ۱۳.

پاسخ های پدر خانواده را به مقایسه پاسخ های مادران ماهم مقایسه کنید (سوال ۲۳)

سوال ۲۵ : مشابه سوال ۲

سوال ۲۶ : مشابه سوال ۱۷.

ضمیمه(۴)

تبصرهٔ نهایی

با کمک فورمات تحلیل فوق و یک ماشین حساب ساده تمام محاسبات ضروری اجرا شده و با بعضی از ارقام در مثال ۳ به نمایش گذاشته شده میتوانند (که نمایندگی از صفحه اول فورمات خلاصه و لسوالی bbbbb که شش کلستر و ۳۰ خانه را در هر یک آن احتوا می نماید)

- تعداد مجموع خانواده در سمپل = ۱۸۰
- منجمله تمام پاسخگویان ۱۸۰/۱۱۳ = ۶۳٪ مادران تشکیل میدهد
- ۱۸۰/۸۷ = ۴۸٪ خانوارها توسط کارگر صحی ده در ۴ هفته گذشته ویزیت شده است.

وغیره.

در متن راپور این محاسبه باید انعکاس نکند تهیه جدول زیر که نتایج سوالات را خلاصه ساخته خیلی مفید ثابت شده است:

هر یک از اعضای فامیل که دفعه اخیر مریض بوده با پرسونل صحی و تسهیلات زیر مشورت نموده اند (به صفت یک فیصدی خانوارها)

ناحیه	هیچ	داکتر شخصی	شفاخانه دولتی	اف جی او	طبیب	کارگر صحی	دایه	اقارب	دیگران
bbbb	۷٪	۳۵٪	۲۷٪	۲٪	۲٪	۱۰٪	۷٪	۱۵٪	۳٪
cccc	..	..	..	..	..	..	..	..	..
dddd	..	..	..	..	..	..	..	..	..